

**仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術
の施設基準に係る届出書添付書類**

1 { 大腸肛門疾患 下部尿路機能障害 } の診療の経験を5年以上有する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	当該疾患の診療の 経験年数	所定の研修修了年月日
	時間		
	時間		
	時間		
	時間		
	時間		
2 緊急事態に対応するための体制 （ 有 ・ 無 ）			

[記載上の注意]

- 1 「1」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
 （便失禁に対して実施する場合）、大腸肛門疾患の診療の経験を5年以上有する常勤医師の所定の研修修了の有無がわかるものを添付すること。
 （過活動膀胱に対して実施する場合）、下部尿路機能障害の診療の経験を5年以上有する常勤医師の所定の研修修了の有無がわかるものを添付すること。
- 2 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。