

様式 54 の 2

治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は
帯状角膜変性に係るものに限る。））の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科			
2 眼科の経験を5年以上有するとともに当該手術を術者として10例以上実施した経験を 有する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数	当該手術の術者と しての経験症例数
	時間	年	例
	時間	年	例
	時間	年	例
3 眼科の常勤医師の氏名 (1名以上、「2」と重複しても可)			

[記載上の注意]

- 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、
主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 眼科を担当する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。