

## 網膜再建術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 常勤の眼科の医師の氏名等（2 名以上、うち 1 名は 10 年以上の眼科の経験を有するもの）			
常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数 （2 名以上、うち 1 名は 10 年以上の眼科の経験を有するもの）	網膜再建術の経験症例数
	時間	年	例
	時間	年	例
	時間	年	例
	時間	年	例
3 常勤の麻酔科標榜医の氏名等（1 名以上）			
常勤医師の氏名	勤務時間	経験年数	
	時間	年	
	時間	年	
4 当該保険医療機関における、増殖性硝子体網膜症手術の実施数（10 例以上）			
例			
5 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無		

## [記載上の注意]

- 「2」の眼科を担当する常勤医師及び「3」の常勤麻酔科標榜医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。
- 「3」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 「2」及び「4」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。
- 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。