

終夜睡眠ポリグラフィー（安全制度管理下で行うもの）の

施設基準に係る届出書添付書類

1 睡眠障害又は睡眠呼吸障害に係る診療の経験を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	睡眠障害又は睡眠呼吸障害に係る診療の経験年数	日本睡眠学会等が主催する研修会の受講年月日
		時間	年	
		時間	年	
2 専任の常勤臨床検査技師の氏名等	常勤臨床検査技師の氏名		勤務時間	
			時間	
			時間	
			時間	
			時間	
3 当該保険医療機関における睡眠ポリグラフィー検査及び反復睡眠潜時検査（MSLT）の年間実施件数	終夜睡眠ポリグラフィー検査 _____ 件		反復睡眠潜時検査（MSLT） _____ 件	
4 睡眠検査に関する安全管理マニュアル策定の有無 (有 ・ 無)				

[記載上の注意]

- 「1」の常勤医師及び「2」の常勤臨床検査技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）を記入すること。なお、「1」については、当該医師の研修会修了証書の写しを添付すること。
- 「2」については、「終夜睡眠ポリグラフィー検査」は、区分番号D237に掲げる終夜睡眠ポリグラフィーの「3」1及び2以外の場合の実施件数を、「反復睡眠潜時検査（MSLT）」は、区分番号D237-2に掲げる反復睡眠潜時検査（MSLT）の実施件数を、それぞれ記載すること。
- 「3」については、当該検査症例一覧（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。
- 「4」については、当該医療機関内で策定された睡眠検査に関する安全管理マニュアルを添付すること。