

椎間板内酵素注入療法の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|--|---------|------|----------------|
| 1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） <div style="text-align: right; margin-top: 50px;">科</div> | | | |
| 2 整形外科又は脳神経外科の常勤医師の氏名等 | | | |
| 診療科名 | 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 当該診療科の 経験年数 |
| | | 時間 | 年 |
| | | 時間 | 年 |
| | | 時間 | 年 |
| 3 緊急手術の体制 <div style="display: flex; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; margin: 5px 0;"> <div style="width: 40%; padding: 5px;"> （１）緊急手術が可能な体制 （いずれかに○をつけること。） </div> <div style="width: 60%; padding: 5px;"> ・当該病院において有している ・他の保険医療機関との連携により有している </div> </div> <div style="display: flex; border-bottom: 1px solid black; margin: 5px 0;"> <div style="width: 40%; padding: 5px;"> （２）連携により有している場合は 、当該連携医療機関の名称 </div> <div style="width: 60%;"></div> </div> | | | |
| 4 関係学会より認定された年月日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 平成・令和 年 月 日 </div> | | | |

[記載上の注意]

- 1 「2」の整形外科又は脳神経外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）を記入すること。
- 2 「3」の緊急手術の体制について、他の保険医療機関との連携により当該体制を有している場合は、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。
- 3 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。
- 4 当該届出は、有床診療所又は病院である保険医療機関のみ可能であること。