

様式 54 の 7

内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下  
鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）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 耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名等（2名以上）				
常勤医師の氏名	勤務時間	耳鼻咽喉科 の経験年数	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型 （拡大副鼻腔手術）の症例数	
	時間	年	例	
	時間	年	例	
	時間	年	例	
3 脳神経外科の常勤医師の氏名等（1名以上）				
常勤医師の氏名	勤務時間	脳神経外科の経験年数		
	時間	年		
	時間	年		
4 眼科の常勤医師の氏名等（1名以上）				
常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数 （少なくとも1名は5年以上）		
	時間	年		
	時間	年		
5 緊急手術が可能な体制		有 ・ 無		

〔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。
- 「2」の耳鼻咽喉科を担当する常勤医師、「3」の脳神経外科を担当する常勤医師及び「4」の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。
- 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。