

様式 25 の 3

頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（7本以上の電極による場合）に限る。）  
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。）				
2 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
(1) 5年以上の脳神経外科の経験を有する常勤の医師の氏名等			時間	年
(2) てんかんに係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等			時間	年
			時間	年
3 頭蓋内電極植込術に関する所定の研修の状況				
	氏名	研修の名称	研修の実施主体	研修修了日
2の(1)に係る常勤医師				
2の(2)に係る常勤医師				
4 常勤の臨床工学技師の氏名	氏名	勤務時間		
5 保守管理の計画			( 有 · 無 )	

[記載上の注意]

- 「2」には、5年以上の脳神経外科の経験を有する常勤の医師及びてんかんに係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名をそれぞれ記載すること。なお、(1)と(2)の医師は別の医師であること。また、頭蓋内電極植込術に関する所定の研修を修了している医師については、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。
- 「2」の常勤医師及び「4」の常勤臨床工学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。