

様式 24 の 4

人工臍臓検査及び人工臍臓療法の施設基準に係る届出書添付書類

当該検査用の器械・器具の名称、台数等			
緊急時のための手術室	平方メートル		
緊急検査が可能な検査体制	有・無		
担当医師の状況			
常時(午前0時より午後12時までの間) 待機医師	日勤 名	当直 名	
その他() 名			
5年以上の経験を有する医師	常勤 名	非常勤 名	
当該医療機関内で常時(午前0時より午後12時までの間)実施できる検査に係る機器の名称、台数等			
生化学的検査			
血液学的検査			
微生物学的検査			
画像診断			
病理学的検査			
臨床検査技師及び診療放射線技師等の勤務体制			
	人 数	勤務形態	
臨床検査技師	名		
診療放射線技師	名		
糖尿病管理 患者数	実患者数	算定期間	
	名	年月日～年月日	

[記載上の注意]

- 「担当医師」の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。