

人工中耳植込術
人工内耳植込術
植込型骨導補聴器移植術
植込型骨導補聴器交換術

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

| | | | |
|---|------|------------|---------------|
| 1 届出種別 | | | |
| ・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月) | | | |
| 2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。) | | | |
| 科 | | | |
| 3 内耳又は中耳に対する手術の年間実施数 | | | |
| 例 | | | |
| 4 耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名等 (3名以上) | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 耳鼻咽喉科の経験年数 | 人工内耳植込術の経験症例数 |
| | 時間 | 年 | 例 |
| | 時間 | 年 | 例 |
| | 時間 | 年 | 例 |
| | 時間 | 年 | 例 |
| 5 言語聴覚療法に専従する職員の氏名 (2名以上) | | | |
| 6 当該手術を行った患者のリハビリテーションを届出医療機関と連携を有する保険医療機関で行う場合 | | | |
| 連 携 医 療 機 関 の 名 称 | | | |
| 開 設 者 名 | | | |
| 所 在 地 | | | |
| 耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名 | | 勤務時間 | 時間 |
| 言語聴覚療法に専従する職員の氏名等 (2名以上) | | | |
| (氏名) | | (勤務時間) | |

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に15例以上、再度の届出の場合には実績期間内に30例以上が必要であること。また、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。
- 3 「4」について、医師が担当した当該手術症例一覧(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。
- 4 「4」及び「6」の耳鼻咽喉科を担当する常勤医師及び言語聴覚療法に専従する職員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。
- 5 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。