

様式 54 の 2 の 2

内皮移植加算の施設基準に係る届出書添付書類

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 (当該手術を担当する科名) 科		
3 眼科の経験を 5 年以上有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数
	時間	年
	時間	年
4 当該手術を担当する診療科における常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名 (当該手術を担当する科名)
	時間	科
4 当該保険医療機関における角膜移植術の実施症例数		例

[記載上の注意]

- 「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。
- 「3」及び「4」の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。
- 「4」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。