

様式5の8の2

小児運動器疾患指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 整形外科の診療に5年以上従事した経験を有し、小児の運動器疾患に係る適切な研修を修了した常勤医師

常勤医師の氏名	勤務時間 (時間／週)	診療科名	当該診療科の 経験年数	研修修了の有無
	時間		年	□

- 2 小児の運動器疾患の診断・治療に必要な単純撮影を行う体制

有・無

- 3 入院体制

以下のうち、該当するものに✓すること。

- 必要に応じて、当該保険医療機関の病床において、入院可能である。  
 必要に応じて、連携する保険医療機関の病床において、入院可能である。

[記載上の注意]

- 1 「1」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。
- 2 「1」の研修については、研修の修了証の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。