

様式 54 の 3

羊膜移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（当該手術を担当する科名）		
		科
2 常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名（当該手術を担当する科名）	
	科	
	科	
	科	
	科	
	科	
3 眼科の経験を5年以上有し、当該療養について主として実施する医師又は補助を行う医師として6例以上の経験を有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	経験年数	当該療養の経験症例数
	年	例
	年	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。
- 「2」の医師の氏名、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。
- 「3」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。
- 「3」の常勤医師の経歴（眼科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守していることが認定されていることが分かるものを添付すること。