

人工臓臓の施設基準に係る届出書添付書類

当該療法を行う専用室	平方メートル	当該療法用の器械・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
	その他()		名
5年以上の経験を有する専門の医師	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			
検査技師及び放射線技師等の勤務体制			
	人	数	勤務形態
検査技師		名	
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]

- 1 「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。
 なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・人工臓臓を担当する医師
 - ・糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する専門医
 - ・糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも15年以上の経験を有する指導医
- 2 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。
- 3 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。