

[ 検査・手術症例一覧 ]

実施 年月日	検査名・手術名	患者 性別	患者 年齢	主 病 名

様式 54 の 2

治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は  
帯状角膜変性に係るものに限る。))の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
		科
2 眼科の経験を5年以上有するとともに当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する医師の氏名等		
常勤医師の氏名	経験年数	経験症例数
	年	例
	年	例
	年	例
3 眼科の常勤医師の氏名 (1名以上、「2」と重複しても可)		

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、眼科の経験年数を記載すること。
- 2 「2」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 眼科を担当する医師の氏名、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。

[ ] に勤務する従事者の名簿

No	職 種	氏 名	勤 務 の 態 様	勤 務 時 間	備 考	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	

[記載上の注意]

- 1 [ ] には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。
- 2 病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
- 3 職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。
- 4 勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。