

[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 56 の 3

上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）、
 下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）
 の施設基準に係る届出書添付書類

1 上顎骨形成術又は下顎骨形成術について合わせて5例以上の経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師の氏名等（1名以上）			
常勤歯科医師の氏名	診療科名	経験年数	上顎骨形成術又は下顎骨形成術の経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例
		年	例
		年	例
2 当該保険医療機関における上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）又は下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）の実施数（合わせて5例以上）			例

[記載上の注意]

- 1 「1」の歯科医師の氏名、勤務の形態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従事者であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・常勤歯科口腔外科の歯科医師
 - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師
 - ・上顎骨形成術又は下顎骨形成術に熟練した歯科医師の指導の下に、術者として上顎骨形成術又は下顎骨形成術を5例以上実施した経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師
- 2 「1」から「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 当該届出は、病院である保険医療機関であって歯科口腔外科を標榜するものに限り可能であること。

[] 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。