

様式 51 の 3

頭蓋内腫瘍摘出術における原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算

の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科
2 脳神経外科の医師の氏名等		
常勤医師の氏名等	経験年数	所定の研修修了年月日
	年	
	年	
	年	
3 術中の病理検査が可能な体制	有 ・ 無	
4 病理部門の病理医の氏名		
5 合併症への対応の体制	有 ・ 無	
6 当該機器の使用管理区域	(概要)	
7 機器管理責任者の氏名等		
機器管理責任者の氏名	所定の研修修了年月日	

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。また、常勤医師の氏名、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。
- 2 「2」及び「7」について、所定の研修修了証の写しを添付すること。ただし、「2」及び「7」は同一の者であってもよい。