

[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

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 (3名以上)		
4 麻酔科標榜医の氏名		

[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。
- 4 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 4

[] に勤務する従事者の名簿

No	職種	氏名	勤務の様態	勤務時間	備考
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		

[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。