

様式66

{

 体外衝撃波胆石破碎術  
 体外衝撃波・尿管結石破碎術
 
}
 の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出項目に○を付けること

|   |         |                        |            |      |
|---|---------|------------------------|------------|------|
| 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 )              |            |      |
| 当該診療科の医師の氏名等                            |         |                        |            |      |
| 常勤医師の氏名                                 | 胆石症に関する |                        | 腎・尿管結石に関する |      |
|   | 専門知識    | 経験年数                   | 専門知識       | 経験年数 |
|   | 有 ・ 無   | 年                      | 有 ・ 無      | 年    |
|   | 有 ・ 無   | 年                      | 有 ・ 無      | 年    |
|   | 有 ・ 無   | 年                      | 有 ・ 無      | 年    |
|   | 有 ・ 無   | 年                      | 有 ・ 無      | 年    |
|   | 有 ・ 無   | 年                      | 有 ・ 無      | 年    |
|   | 有 ・ 無   | 年                      | 有 ・ 無      | 年    |
| 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 名<br>その他 ( ) 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 |         |                        |            |      |
| 検査                                      | 一般的名称   | 承認番号                   | 台数         |      |
| 生化学的検査                                  |         |                        |            |      |
| 血液学的検査                                  |         |                        |            |      |
| 微生物学的検査                                 |         |                        |            |      |
| 画像診断                                    |         |                        |            |      |

[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。
  - ・体外衝撃波胆石破碎術を担当する医師
  - ・胆石治療に関し、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
  - ・体外衝撃波・尿管結石破碎術を担当する医師
  - ・腎・尿管結石の治療に関し、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また、担当医師の経歴（当該病院における勤務、当該治療に係る経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 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。
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 4

[ ] に勤務する従事者の名簿

| No | 職種 | 氏名 | 勤務の態様       | 勤務時間        | 備考          |  |
|----|----|----|-------------|-------------|-------------|--|
|    |    |    | {常勤<br>{非常勤 | {専従<br>{非専従 | {専任<br>{非専任 |  |
|    |    |    | {常勤<br>{非常勤 | {専従<br>{非専従 | {専任<br>{非専任 |  |
|    |    |    | {常勤<br>{非常勤 | {専従<br>{非専従 | {専任<br>{非専任 |  |
|    |    |    | {常勤<br>{非常勤 | {専従<br>{非専従 | {専任<br>{非専任 |  |
|    |    |    | {常勤<br>{非常勤 | {専従<br>{非専従 | {専任<br>{非専任 |  |
|    |    |    | {常勤<br>{非常勤 | {専従<br>{非専従 | {専任<br>{非専任 |  |
|    |    |    | {常勤<br>{非常勤 | {専従<br>{非専従 | {専任<br>{非専任 |  |
|    |    |    | {常勤<br>{非常勤 | {専従<br>{非専従 | {専任<br>{非専任 |  |
|    |    |    | {常勤<br>{非常勤 | {専従<br>{非専従 | {専任<br>{非専任 |  |
|    |    |    | {常勤<br>{非常勤 | {専従<br>{非専従 | {専任<br>{非専任 |  |
|    |    |    | {常勤<br>{非常勤 | {専従<br>{非専従 | {専任<br>{非専任 |  |
|    |    |    | {常勤<br>{非常勤 | {専従<br>{非専従 | {専任<br>{非専任 |  |
|    |    |    | {常勤<br>{非常勤 | {専従<br>{非専従 | {専任<br>{非専任 |  |
|    |    |    | {常勤<br>{非常勤 | {専従<br>{非専従 | {専任<br>{非専任 |  |
|    |    |    | {常勤<br>{非常勤 | {専従<br>{非専従 | {専任<br>{非専任 |  |
|    |    |    | {常勤<br>{非常勤 | {専従<br>{非専従 | {専任<br>{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。