

様式 87 の 27

癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）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 10年以上の脳神経外科又は整形外科の経験を有し、脊椎又は脊髄に係る専門的知識を有する医師の氏名等（1名以上）                    |            |   |
| 医師の氏名   | 当該診療科の経験年数 |   |
|   |            | 年 |
|   |            | 年 |
|   |            | 年 |
| 3 緊急事態に対応するための体制（有・無）   |            |   |
| 4 当該保険医療機関における、区分番号「K930」脊髄誘発電位測定等加算及び区分番号「K939」画像等手術支援加算の1年間の算定回数の合計（5回以上） |            |   |
|   |            | 回 |

[記載上の注意]

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。