

頭蓋内腫瘍摘出術における脳腫瘍覚醒下マッピング加算 の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別 ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）				
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科				
3 関係学会より認定された年月日 年 月 日				
4 脳神経外科の常勤医師の氏名等				
常勤医師の氏名	勤務時間	脳神経外科の 経験年数	脳腫瘍覚醒下マッピ ングの実施症例数	所定の研修 修了年月日
	時間	年	例	
	時間	年	例	
	時間	年	例	
	時間	年	例	
	時間	年	例	
5 麻酔科の常勤医師の氏名等				
常勤医師の氏名	勤務時間	麻酔科の経験年数		所定の研修 修了年月日
	時間	年		
	時間	年		
6 頭蓋内腫瘍摘出術の実施症例数 例				

〔記載上の注意〕

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 2 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。
- 3 「4」は当該手術症例の一覧（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。
- 4 「4」及び「5」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 5 「6」は、新規届出の場合には実績期間内に3例以上、再度の届出の場合には実績期間内に5例以上が必要であること。また、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。
- 6 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。