

機能的定位脳手術（てんかんの場合）の施設基準に係る届出書添付書類

1	届出種別（該当するいずれか1つを○で囲むこと）	1：新規届出 2：再度の届出
	実績期間 開始年月（和暦で記載すること）	年 月
	終了年月（和暦で記載すること）	年 月
2	脳神経外科を標榜している病院である	<input type="checkbox"/>
3	脳神経外科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等（1名以上）	
	常勤医師 1	
	氏名	
	勤務時間	時間
	脳神経外科の診療の経験年数	年
	常勤医師 2	
	氏名	
	勤務時間	時間
	脳神経外科の診療の経験年数	年
4	てんかんに係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等（1名以上）	
	常勤医師 1	
	氏名	
	勤務時間	時間
	診療科名	科
	てんかんに関する診療の経験年数	年
	常勤医師 2	
	氏名	
	勤務時間	時間
	診療科名	科
	てんかんに関する診療の経験年数	年
5	てんかんの治療を目的とする手術の年間実施件数	例
6	専門的で高度なてんかん医療の実施内容 （例：複数診療科によるてんかん診療に関するカンファレンス、内科的治療、外科的治療との連携 等）	
7	関係学会の定める指針を遵守している	<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

- 「5」については、当該検症例一覧（実施年月日、検査・手術名、患者性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「3」及び「4」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。
- 「2」及び「7」について該当する場合は□に「✓」を記入すること。