

粒子線治療の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|---|------------|--------------------|---|
| 1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） | | | 科 |
| 2 放射線治療を専ら担当する常勤医師（2名以上） | | | |
| 常勤医師の氏名 | 放射線治療の経験年数 | 重粒子線治療又は陽子線治療の経験年数 | |
| | 年 | 重粒子線治療 | 年 |
| | | 陽子線治療 | 年 |
| | 年 | 重粒子線治療 | 年 |
| | | 陽子線治療 | 年 |
| | 年 | 重粒子線治療 | 年 |
| | | 陽子線治療 | 年 |
| 3 常勤診療放射線技師の氏名 | | | |
| 4 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名等 | | | |
| 氏 名 | | 職 種 | |
| | | | |
| | | | |
| 5 重粒子線治療又は陽子線治療の実施症例数 | | | |
| | | 重粒子線治療 | 例 |
| | | 陽子線治療 | 例 |
| 6 当該治療を行うために備えている機器の名称等 | | | |
| ・ 粒子線治療装置（名称） | | | |
| ・ 治療計画用CT装置（名称） | | | |
| ・ 粒子線治療計画システム（名称） | | | |
| ・ 照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置（名称） | | | |
| ・ 微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価固体ファントム（名称） | | | |

【記載上の注意】

- 「2」及び「3」の常勤の医師及び診療放射線技師の経歴（当該病院での勤務期間、放射線治療の経験年数がわかるもの）を添付すること。なお、常勤医師のうち1名は、下記の経験を有することが分かるものを添付すること。
 - 放射線治療の経験を10年以上
 - 重粒子線については重粒子線治療の経験を、陽子線治療については陽子線治療の経験を2年以上（※）
 ※放射線治療（四門以上の照射、運動照射、原体照射又は強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射に限る。）による療養について一年以上の経験を有する者については、一年以上。
- 「2」、「3」及び「4」の常勤の医師、診療放射線技師及び担当者の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 当該医療機関における粒子線治療に関する機器の精度管理に関する指針及び線量測定等の精度管理に係る記録の保存・公開に関する規定がわかるもの（様式任意）を添付すること。
- 「5」については、粒子線治療の実施症例一覧（実施年月日、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。なお、陽子線治療については陽子線治療の実績を、重粒子線治療については重粒子線治療の実績を10例以上記載すること。