

## 施設内容説明書（咽喉系）

西暦 年 月 日

施設名

住所 〒 -

電話 - -

施設長名

公印

科名	施設名称科名	診療科名
	(ふりがな)	
		耳鼻咽喉科
病院別 該当するものに○印をつけて下さい。	大学病院 総合病院またはこれに準ずる病院 その他 ( )	
施設としての共通要件 該当するものに○印をつけて下さい。	I. 画像診断装置 1) 単純X線撮影装置 2) 造影X線撮影装置 3) CTもしくはMRI 4) 超音波診断装置 II. 内視鏡装置 III. 呼吸機能検査装置 (スパイロメトリー, 努力呼出曲線, 拡散能) IV. 人工呼吸器 V. 検査 1) 細菌検査 2) 病理検査	
専門領域として備えるべき要件 該当するものに○印をつけて下さい。	1) 手術要件 ラリンゴマイクロスージェリー (喉頭微細手術) 設備 2) 内視鏡 喉頭内視鏡 3) RI 検査 甲状腺機能・上皮小体機能検査	
専門領域として備えていることが望ましい要件 該当するものに○印をつけて下さい。	1) 光源装置 ①喉頭ストロボスコープ 2) 検査 ①音声機能検査 ②音響分析検査 3) 内視鏡 ①下咽頭内視鏡 4) 言語聴覚士の勤務	