

腹腔鏡下仙骨脛固定術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 当該保険医療機関における当該手術の実施症例数 | | |
| | | 例 |
| 3 産婦人科又は泌尿器科について5年以上の経験を有し、当該療養を術者として5例以上の経験を有する医師 | | |
| 常勤医師の氏名 | 経験年数 | 当該療養の術者としての 経験症例数 |
| | | |
| | | |
| 4 常勤医師の氏名等（2名以上） | | |
| 常勤医師の氏名 | 診療科名（当該手術を担当する科名） | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 5 麻酔科標榜医の氏名 | | |
| | | |
| 6 緊急手術が可能な体制 | | |
| | | （ 有 ・ 無 ） |

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」については、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。
- 2 「3」及び「4」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 当該届出は、有床診療所又は病院である保険医療機関のみ可能であること。