様式65の６

腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）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　外科又は消化器外科について５年以上の経験を有し、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等 | | | |
| 常勤医師の氏名 | 診療科名 | 経験年数 | 経験症例数 |
|  | 科 | 年 | 例 |
|  | 科 | 年 | 例 |
|  | 科 | 年 | 例 |
| ４　当該保険医療機関における下記の手術の実施症例数  区分番号「K647-2」、「K649-2」、「K654-3」、「K655-2」、「K655-5」、「K656-2」、「K657-2」、「K662-2」、「K666-2」、「K667-2」又は「K667-3」に掲げる手術  例 | | | |
| ５　当該手術を担当する診療科における常勤医師の氏名等 | | | |
| 常勤医師の氏名 | | 診療科名（当該手術を担当する科名） | |
|  | | 科 | |
|  | | 科 | |
|  | | 科 | |
|  | | 科 | |
| ６　高血圧症、脂質異常症又は糖尿病に関する診療について合わせて５年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等 | | | |
| 常勤医師の氏名 | | 経験年数 | |
|  | | 年 | |
|  | | 年 | |
| ７　常勤の麻酔科標榜医の氏名 | |  | |
|  | |
| ８　常勤の管理栄養士の氏名 | |  | |
|  | |
| ９　緊急手術が可能な体制　　　　　　　　　　　　　　　（　有　・　無　） | | | |
| 10　当該手術を実施した患者に対するフォローアップの有無及び術後５年目の捕捉率  （　有　・　無　）　　　　　　（　　　割　　　分） | | | |

［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　「３」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　「３」及び「４」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。

４　「３」及び「６」については、当該常勤医師の経歴（該当する診療科等についての経験年数がわかるもの）を添付すること。

５．「７」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。