腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術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 標榜診療科名(施設基準に係る標榜科名を記入すること。)		
		科
3 泌尿器科の常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	泌尿器科の経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年
4 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍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 1 O例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等(1名以上)		
常勤医師の氏名		
	勤務時間	腹腔鏡下前立腺悪性腫 瘍手術の経験症例数
	勤務時間 	
		瘍手術の経験症例数
	時間	瘍手術の経験症例数 例
5 当該保険医療機関において1年間に実施し	時間時間	瘍手術の経験症例数 例 例 例
	時間時間	瘍手術の経験症例数 例 例 例
5 当該保険医療機関において1年間に実施し	時間時間	瘍手術の経験症例数 例 例 例
5 当該保険医療機関において1年間に実施し	時間時間	瘍手術の経験症例数 例 例 例
5 当該保険医療機関において1年間に実施し	時間時間	瘍手術の経験症例数 例 例 例 悪手術又は腹腔鏡下前立腺

[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」及び「4」の泌尿器科を担当する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)を記入すること。
- 3 「4」及び「5」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 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。