様式87の10

胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）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　胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として５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 | | | 勤務時間 | 当該手術の術者としての経験症例数 |
|  | | | 時間 | 例 |
|  | | | 時間 | 例 |
| ３　当該医療機関における食道悪性腫瘍に係る手術の年間実施症例数  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　例  そのうち、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）又は縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術の年間実施症例数  例 | | | | | |
| ４　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 科  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 科  科  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科 | | | | | |
| ５　外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等（外科又は消化器外科について５年以上の経験を有する者が２名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が１名以上） | 診療科名 | 常勤医師の氏名 | | 勤務時間 | 当該診療科の  経験年数 |
|  |  | | 時間 | 年 |
|  |  | | 時間 | 年 |
|  |  | | 時間 | 年 |
| ６　緊急手術が可能な体制　　　　　　　　　　　　　（　有　　・　　無　） | | | | | |
| ７　常勤の臨床工学技士の氏名 | | |  | | |
| ８ 保守管理の計画　　　　　　　　　　　　　　　　（ 有　　・　　無 ） | | | | | |

［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　「２」及び「５」の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　「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。

４　「８」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

５　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。