様式87の48

腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

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　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）  科  科 | | | | | | | | | | |
| ３　腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）又は腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の手術を術者として、合わせて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 | | | | ア　腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の術者としての経験症例数 | | イ　腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の術者としての経験症例数 | |
|  | | | 時間 | | | | 例 | | 例 | |
| アとイの合計 | | 例 | |
| ４　常勤の医師の氏名等（泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有する者２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 |
| ５　麻酔科標榜医の氏名 | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| ６　当該保険医療機関における副腎腫瘍に係る手術の実施症例数 | | | | | | | | | | |
| ①副腎摘出術（副腎部分切除術を含む。） | | | | | | 例 | | | | |
| ②腹腔鏡下副腎摘出術 | | | | | | 例 | | | | |
| ③腹腔鏡下小切開副腎摘出術 | | | | | | 例 | | | | |
| ④副腎腫瘍摘出術 | | | | | | 例 | | | | |
| ⑤腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術(褐色細胞腫) | | | | | | 例 | | | | |
| ①～⑤の合計（10例以上） | | | | | | 例 | | | | |
| ７　常勤の臨床工学技士の氏名 | | | |  | | | | | | |
| ８　緊急手術が可能な体制 | | | | 有　　　　　・　　　　　無 | | | | | | |
| ９　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　「３」及び「６」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。

３　「３」及び「４」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。

４　「５」については、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

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。