

バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓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 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓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の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	術者としての経験症例数	
3 消化器内科の5年以上の経験及び消化管内視鏡検査について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	消化器内科の経験年数	消化管内視鏡検査の経験年数
4 放射線科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	放射線科の経験年数	
3 緊急手術が可能な体制 <span style="float: right;">（有・無）</span>		

[記載上の注意]

- 1 「2」については、当該手術の症例一覧（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 「2、3、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 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。