

骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法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 整形外科について専門の知識及び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	勤務時間	診療科名	当該診療科の 経験年数
	時間	科	年
	時間	科	年
	時間	科	年
4 麻酔科標榜医の氏名			
5 悪性骨腫瘍手術の年間実施症例数			例
6 緊急手術が可能な体制			（ 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」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）を記載すること。
- 3 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 「5」は、新規届出の場合には実績期間内に悪性骨腫瘍手術が10例以上必要であること。また、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。
- 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。