

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  | 勤務時間 | 術者としての経験症例数 |               |
|  | 時間   | 例           |               |
|  | 時間   | 例           |               |
|  | 時間   | 例           |               |
| 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  | 勤務時間 | 消化器内科の経験年数  | 消化管内視鏡検査の経験年数 |
|  | 時間   | 年           | 年             |
|  | 時間   | 年           | 年             |
| 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  | 勤務時間 | 放射線科の経験年数   |               |
|  | 時間   | 年           |               |
|  | 時間   | 年           |               |
| 3 緊急手術が可能な体制   |      |             | （有・無）         |

[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」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。
- 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。