

腹腔鏡下胆道閉鎖症手術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 当該療養を5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等 (1名以上) | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 当該手術の 経験症例数 |
| | 時間 | 例 |
| | 時間 | 例 |
| 3 当該保険医療機関における胆道閉鎖症に係る手術 (区分番号「K684」又は「K684-2」) の年間実施症例数 | | |
| 例 | | |
| 4 当該保険医療機関における腹腔鏡を用いる手術 (16歳未満に実施したものに限る。区分番号「K634」を除く。) の年間実施症例数 | | |
| 例 | | |

[記載上の注意]

- 「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」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。
- 「2」から「4」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。