

腹腔鏡下子宮癒痕部修復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 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
3 産科又は産婦人科の常勤医師の氏名等 (2名以上)			
診療科	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数 (少なくとも1名は5年以上)
		時間	年
		時間	年
		時間	年
		時間	年
4 麻酔科標榜医の氏名			
5 当該保険医療機関における腹腔鏡手術の年間実施症例数 (20例以上)			
			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。
- 「3」について、麻酔科標榜許可証の写しを添付すること。
- 「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。