

骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内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 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1: 新規届出 2: 再度の届出
	実績期間 開始年月 (和暦で記載すること)	年 月
	終了年月 (和暦で記載すること)	年 月
2	標榜診療科	
	消化器外科 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1: 有 2: 無
	麻酔科 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1: 有 2: 無
3	消化器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医師の氏名等	
	常勤医師 1	
	氏名	
	勤務時間	時間
	消化器外科の経験年数	年
	常勤医師 2	
	氏名	
	勤務時間	時間
	消化器外科の経験年数	年
	常勤医師 3	
	氏名	
	勤務時間	時間
	消化器外科の経験年数	年
4	麻酔科標榜医の氏名	
	麻酔科標榜医 1	
	麻酔科標榜医 2	
5	消化器悪性腫瘍手術の年間実施症例数	例
6	緊急手術が可能な体制 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1: 有 2: 無

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年間5例以上、再度届出の場合には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。