様式50の６

骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）

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　関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靱帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術の年間実施症例数  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　例 | | | | | | |
| ３　関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を100症例以上術者として経験している常勤の医師の氏名等（１名以上） | | | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 整形外科の  経験年数 | | 膝関節手術の  経験症例数 | | 関節軟骨修復術の経験症例数 |
|  | 時間 | 年 | | 例 | | 例 |
|  | 時間 | 年 | | 例 | | 例 |
|  | 時間 | 年 | | 例 | | 例 |
|  | 時間 | 年 | | 例 | | 例 |
| ４　３の常勤の医師に係る所定の研修の修了状況 | | | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 研修の名称 | | 研修の実施主体 | | 研修修了日 | |
|  |  | |  | | 年　　月　　日 | |
|  |  | |  | | 年　　月　　日 | |
|  |  | |  | | 年　　月　　日 | |
|  |  | |  | | 年　　月　　日 | |

［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　「２」は、当該届出を行う医療機関が大学病院本院以外の場合であって、新規届出の場合には関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靱帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術を実績期間内に50例以上、再度の届出の場合には実績期間内に100例以上が必要であること。また、膝関節手術又は関節軟骨修復術の手術症例一覧（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。

３　「３」は、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）を記載することし、当該手術症例の一覧（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。

４　「４」については、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。

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。