

様式 65 の 6

腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

|   |      |                   |            |                  |
|---|------|-------------------|------------|------------------|
| 1 届出種別  |      |                   |            |                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新規届出（実績期間 年 月 ～ 年 月）</li> <li>・ 再度の届出（実績期間 年 月 ～ 年 月）</li> </ul>     |      |                   |            |                  |
| 2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）  |      |                   |            |                  |
| 科   |      |                   |            |                  |
| 3 外科又は消化器外科について5年以上の経験を有し、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等                                  |      |                   |            |                  |
| 常勤医師の氏名   | 勤務時間 | 診療科名              | 当該診療科の経験年数 | 当該手術の術者としての経験症例数 |
|   | 時間   | 科                 | 年          | 例                |
|   | 時間   | 科                 | 年          | 例                |
|   | 時間   | 科                 | 年          | 例                |
| 4 当該保険医療機関における下記の手術の年間実施症例数   |      |                   |            |                  |
| 区分番号「K647-2」、「K649-2」、「K654-3」、「K655-2」、「K655-5」、「K656-2」、「K657-2」、「K662-2」、「K666-2」、「K667-2」又は「K667-3」に掲げる手術 |      |                   |            |                  |
| 例   |      |                   |            |                  |
| 5 当該手術を担当する診療科における常勤医師の氏名等  |      |                   |            |                  |
| 常勤医師の氏名   | 勤務時間 | 診療科名（当該手術を担当する科名） |            |                  |
|   | 時間   | 科                 |            |                  |
|   | 時間   | 科                 |            |                  |
|   | 時間   | 科                 |            |                  |
|   | 時間   | 科                 |            |                  |
| 6 高血圧症、脂質異常症、糖尿病又は肥満症に関する診療について合わせて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 | 経験年数              |            |                  |
|   | 時間   | 年                 |            |                  |
|   | 時間   | 年                 |            |                  |
| 7 常勤の麻酔科標榜医の氏名  |      |                   |            |                  |
|   |      |                   |            |                  |
| 8 常勤の管理栄養士の氏名   |      |                   |            |                  |
|   |      |                   |            |                  |
| 9 緊急手術が可能な体制（有・無）   |      |                   |            |                  |
| 10 当該手術を実施した患者に対するフォローアップの有無及び術後5年目の捕捉率（有・無）（割 分）   |      |                   |            |                  |

[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 「3」、「5」及び「6」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 「3」及び「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。
- 4 「7」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。