様式69の３

　　腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術

の施設基準に係る届出書添付書類

　　腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術

※該当する届出事項を○で囲むこと。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １　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 | | | |
| ２　当該保険医療機関において１年間に実施した膀胱悪性腫瘍手術症例数  （区分番号「K803」、「K803-2」及び「K803-3」の合計数） | 例 | | |
| ３　泌尿器科の常勤医師の氏名等（２名以上） | | | |
| 常勤医師の氏名 | | 勤務時間 | 泌尿器科の経験年数  （少なくとも１名は５年以上） |
|  | | 時間 | 年 |
|  | | 時間 | 年 |
|  | | 時間 | 年 |
| ４　麻酔科標榜医の氏名 |  | | |
|  | | |
|  | | |
| ５５　病理部門の病理医氏名 |  | | |
| ６６　緊急手術が可能な体制 | 有　・　無 | | |

［記載上の注意］

１　「２」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。

２　「３」の泌尿器科を担当する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　「４」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

４　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。