

胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）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 当該医療機関における食道悪性腫瘍に係る手術の年間実施症例数				
そのうち、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）又は縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術の年間実施症例数				例
3 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				
				科 科 科 科
4 外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等（外科又は消化器外科について5年以上の経験を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）	診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数
			時間	年
			時間	年
			時間	年
5 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無）				
6 常勤の臨床工学技士の氏名				
7 保守管理の計画（有 ・ 無）				

[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。
- 「4」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。
- 「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。
- 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。