様式 87 の 42

精巣内精子採取術の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科

（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

標榜診療科	□ 泌尿器科 □ 産科　　□ 婦人科　　□ 産婦人科

2　泌尿器科を標榜する医療機関の場合

（１において泌尿器科に「✓」を記入した場合にのみ記載すること。）

	氏名	週当たり 勤務時間	泌尿器科の 経験年数
医師の配置		____時間	_____年

生殖補助医療管理料に係る届出	□ 有 □ 無	
生殖補助医療管理料に係る届出を 行っている他の医療機関との連携	□ 有 □ 無	連係先の保険医療機関 名称 （　　） 所在地 （　　）

3　産科、婦人科又は産婦人科を標榜する医療機関の場合

（１において産科、婦人科又は産婦人科に「✓」を記入した場合にのみ記載すること。）

	氏名	週当たり 勤務時間	経験 （いずれか該当するものに「✓」を記入すること。）
医師の配置		____時間	□ 精巣内精子採取術について 過去2年に 10 例以上の経験を有する □ 泌尿器科について5年以上の 経験を有する

生殖補助医療管理料に係る届出	□ 有 □ 無	
泌尿器科を標榜する 他の保険医療機関との連携	□ 有 □ 無	連係先の保険医療機関 名称 （　　） 所在地 （　　）

４　緊急時の対応のための時間外・夜間救急体制

自院における時間外･夜間救急体制	□ 有 □ 無	
他の保険医療機関との連携による 時間外･夜間救急体制の整備	□ 有 □ 無	連係先の保険医療機関 名称 （　　） 所在地 （　　）

［記載上の注意］

１　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　「２」の生殖補助医療管理料に係る届出について、「無」にチェックがついた場合は、「２」の連携する他の保険医療機関の名称を記入し、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。

３　「３」の泌尿器科を標榜する他の保険医療機関との連携について、連携する他の保険医療機関の名称を記入し、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。

４　「４」の自院における時間外・夜間救急体制について、「無」にチェックがついた場合は、「４」の連携する他の保険医療機関の名称を記入し、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。