

人工関節置換術（人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）に限る。）に関する施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科		
整形外科 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1 : 有 2 : 無	
2 整形外科について専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤医師の氏名等(1名以上)		
常勤医師 1		
氏名		
勤務時間		時間
整形外科の経験年数		年
常勤医師 2		
氏名		
勤務時間		時間
整形外科の経験年数		年
3 人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）を術者として10例以上実施した経験を有する医師の氏名等(1名以上)		
医師 1		
氏名		
勤務形態	1 : 常勤 2 : 非常勤	
当該手術の経験症例数		例
医師 2		
氏名		
勤務形態	1 : 常勤 2 : 非常勤	
当該手術の経験症例数		例

[記載上の注意]

- 「2」の常勤医師の勤務時間は、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。
- 「3」の当該手術の経験症例数は、術者として実施した症例数を記載すること。また、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。