

**乳腺悪性腫瘍手術における乳癌センチネルリンパ節生検加算の
施設基準に係る届出書添付書類**

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 届出を行う項目（該当するものそれぞれに○印をつける）		1 乳癌センチネルリンパ節生検加算 1（併用法） 2 乳癌センチネルリンパ節生検加算 2（単独法）		
3 乳腺外科又は外科の経験を 5 年以上有するとともに乳腺悪性腫瘍手術において乳癌センチネルリンパ節生検を 5 例以上実施した経験を有する医師の氏名等				
診療科名	医師の氏名	当該診療科の 経験年数	乳癌センチネルリンパ 節生検の経験症例数	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
4 乳腺外科又は外科の常勤医師 の氏名等		診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間
				時間
				時間
				時間
				時間
5 放射線科の常勤医師の氏名等		常勤医師の氏名		勤務時間
				時間
				時間
6 麻酔科標榜医の氏名				
7 病理部門の病理医氏名				

〔記載上の注意〕

- 1 「2」については、届出を行う項目に○印をつけること。なお、「1 乳癌センチネルリンパ節生検加算 1（併用法）」のうち、インドシアニンググリーンによるもの及び「2 乳癌センチネルリンパ節生検加算 2（単独法）」のうち色素のみによるものの届出を行う場合、「5」の記載は不要であること。
- 2 「3」については、当該生検症例一覧（実施年月日、検査名、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。
- 3 「4」及び「5」の乳腺外科又は外科及び放射線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）を記載すること。
- 4 「6」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。