

人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）に関する
施設基準に係る届出書添付書類

1	届出種別 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1：新規届出 2：再度の届出
	実績期間 開始年月（和暦で記載すること） 終了年月（和暦で記載すること）	年 月 年 月
2	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
3	人工股関節置換術に係る手術の年間実施症例数	例
4	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	
	常勤医師 1	
	氏名	
	勤務時間	時間
	常勤医師 2	
	氏名	
	勤務時間	時間
	常勤医師 3	
	氏名	
	勤務時間	時間
4	保守管理の計画 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1：有 2：無

- 1 「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。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に人工股関節置換術に係る手術（「K082の2」又は「K082-3の2」）が年間10例以上必要であること。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。
- 3 「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）を記載すること。