様式71の２

腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術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　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）  科 | | | | | |
| ３　産婦人科又は婦人科について合わせて５年以上の経験を有し、下記の手術を実施した経験を有する常勤医師の氏名等  なお、経験症例数については、以下の例による。  （１）開腹子宮悪性腫瘍手術（区分番号「Ｋ８７９」）（20例以上）  （２）腹腔鏡下腟式子宮全摘術（20例以上）  （３）当該療養（術者として５例以上） | | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 診療科名 | 経験年数 | | | 経験症例数 |
|  | 科 | 年 | | | （１）　　　　　　　例  （２）　　　　　　　例  （３）　　　　　　　例 |
|  | 科 | 年 | | | （１）　　　　　　　例  （２）　　　　　　　例  （３）　　　　　　　例 |
|  | 科 | 年 | | | （１）　　　　　　　例  （２）　　　　　　　例  （３）　　　　　　　例 |
|  | 科 | 年 | | | （１）　　　　　　　例  （２）　　　　　　　例  （３）　　　　　　　例 |
| ４　当該手術を担当する常勤医師の氏名等 | | | | | |
| 常勤医師の氏名 | | | 診療科名（当該手術を担当する科名） | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
| ５　常勤の麻酔科標榜医及び病理医の氏名 | | | | | |
| 麻酔科標榜医の氏名 | | | |  | |
|  | |
| 病理医の氏名 | | | |  | |
|  | |
| ６　当該保険医療機関における子宮悪性腫瘍手術（区分番号「Ｋ８７９」又は「Ｋ８７９－２」）の年間実施症例数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 例 | | | | | |
| ７　緊急手術が可能な体制　　　　　　　　　　　　　　　（　有　・　無　） | | | | | |

［記載上の注意］

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」については当該常勤医師の経歴（産婦人科又は婦人科の経験年数がわかるもの）を添付すること。

３　「３」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。

４　「３」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。