

腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の  
施設基準に係る届出書添付書類

|                                                                                                                                                                 |         |           |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|------------------|
| 1 届出種別                                                                                                                                                          |         |           |                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月）</li> <li>・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）</li> </ul>                                                           |         |           |                  |
| 2 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等                                                                                                    | 常勤医師の氏名 | 勤務時間      | 当該手術の術者としての経験症例数 |
|                                                                                                                                                                 |         | 時間        | 例                |
|                                                                                                                                                                 |         | 時間        | 例                |
| 3 当該医療機関における膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの、尿管S状結腸吻合を利用して尿路変更を行うもの、回腸若しくは結腸導管を利用して尿路変更を行うもの又は代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）に限る。）、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術の年間実施症例数（合計） |         |           | 例                |
| 4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）                                                                                                                                    |         |           |                  |
|                                                                                                                                                                 |         |           | 科<br>科<br>科<br>科 |
| 5 泌尿器科の常勤医師の氏名等（泌尿器科について5年以上の経験を有する者が2名以上）                                                                                                                      | 常勤医師の氏名 | 勤務時間      | 泌尿器科の経験年数        |
|                                                                                                                                                                 |         | 時間        | 年                |
|                                                                                                                                                                 |         | 時間        | 年                |
| 6 緊急手術が可能な体制                                                                                                                                                    |         | （ 有 ・ 無 ） |                  |
| 7 常勤の臨床工学技士の氏名                                                                                                                                                  |         |           |                  |
| 8 保守管理の計画                                                                                                                                                       |         | （ 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 「2」及び「5」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)を記入すること。また、「2」について、術者として実施した当該症例手術一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 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 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 5 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。