様式87の15

バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術の施設基準に係る届出書添付書類

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科 | | | |
| ２　バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術を術者として合わせて５例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等 | | | |
| 常勤医師の氏名 | | 術者としての経験症例数 | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| ３　消化器内科の５年以上の経験及び消化管内視鏡検査について５年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等 | | | |
| 常勤医師の氏名 | 消化器内科の経験年数 | | 消化管内視鏡検査の経験年数 |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| ４　放射線科の経験を５年以上有する常勤の医師の氏名等 | | | |
| 常勤医師の氏名 | | 放射線科の経験年数 | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| ３　緊急手術が可能な体制　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （ 有 ・ 無 ） | | | |

［記載上の注意］

１　「２」については、当該手術の症例一覧（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。

２　「２、３，４」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。

３　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。