

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

〔 子宮体がん ・ 子宮頸がん 〕

※該当する届出事項を○で囲むこと。

| 1 届出種別 | | | | |
|---|------|---|----------------|----------------------------------|
| 子宮体がん | | 子宮頸がん | | |
| ・ 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） | | ・ 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）腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）（20例以上） （3）当該手術（子宮体がんに限る。内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。） （術者として5例以上） （4）当該手術（子宮頸がんに限る。）（術者として3例以上） | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 診療科名 | 産婦人科又は婦人科の経験年数 | 上記手術の経験症例数 |
| | 時間 | 科 | 年 | （1） 例 （2） 例 （3） 例 （4） 例 |
| | 時間 | 科 | 年 | （1） 例 （2） 例 （3） 例 （4） 例 |
| | 時間 | 科 | 年 | （1） 例 （2） 例 （3） 例 （4） 例 |
| | 時間 | 科 | 年 | （1） 例 （2） 例 （3） 例 （4） 例 |

| | | |
|---|------|-------------------|
| 4 当該手術を担当する診療科の常勤医師の氏名等 | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 診療科名（当該手術を担当する科名） |
| | 時間 | |
| | 時間 | |
| | 時間 | |
| 5 常勤の麻酔科標榜医及び病理医の氏名 | | |
| 常勤の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「K 8 7 9」）又は腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（「K 8 7 9－2（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）」）の年間実施症例数 <div style="text-align: right;">例</div> | | |
| 7 緊急手術が可能な体制 <div style="text-align: right;">（ 有 ・ 無 ）</div> | | |

〔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」及び「6」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。
- 3 「3」及び「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）を記入すること。