

**腹腔鏡下仙骨膣固定術（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 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 当該保険医療機関における当該手術の年間実施症例数 | | | |
| 例 | | | |
| 3 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下仙骨膣固定術（内視鏡手術用支援機器を用いた場合）及び腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、合わせて 10 例以上実施し、このうち腹腔鏡下仙骨膣固定術（内視鏡手術用支援機器を用いた場合）を術者として、3 例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等（1 名以上） | | | |
| 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 | |
| 4 当該保険医療機関において 1 年間に実施した膀胱瘤、膀胱悪性腫瘍、子宮脱又は子宮腫瘍に係る手術症例数 | | | |
| _____ 例 | | | |
| このうち、腹腔鏡下仙骨膣固定術に係る手術症例数 | | | |
| _____ 例 | | | |
| 5 常勤医師の氏名等（2 名以上） | | | |
| 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） | 当該診療科の 経験年数 |
| | 時間 | | 年 |
| | 時間 | | 年 |
| | 時間 | | 年 |
| | 時間 | | 年 |
| 6 麻酔科標榜医の氏名 | | | |
| | | | |
| 7 緊急手術が可能な体制 | | | |
| （ 有 ・ 無 ） | | | |

[記載上の注意]

- 1 「３」及び「４」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。
- 2 「３」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）を記入こと。
- 3 「６」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 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。