

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	勤務時間	術者としての経験症例数	
	時間	例	
	時間	例	
	時間	例	
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	勤務時間	内科又は消化器内科の経験年数	消化管内視鏡検査の経験年数
	時間	年	年
	時間	年	年
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	勤務時間	放射線科の経験年数	
	時間	年	
	時間	年	
3 緊急手術が可能な体制 （有 ・ 無）			

〔記載上の注意〕

- 「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」、「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。
- 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。