

# 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  | 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 |
|  |                |               |
|  |                |               |
| 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]

- 「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、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。
- 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。