

様式 23 の 1 の 2

染色体検査の注 2 に規定する施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | |
|---|-------|---|----------------|----------------|
| 1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） | | | | |
| 科 | | | | |
| 2 専ら産婦人科、産科又は婦人科に従事し、当該診療科について 10 年以上の経験を有しており、流産検体を用いた絨毛染色体検査を主として実施する医師として 20 例以上の症例を実施している医師の氏名等 | | | | |
| 診療科名 | 医師の氏名 | 勤務時間 | 当該診療科 の経験年数 | 当該検査の 経験症例数 |
| | | 時間 | 年 | 例 |
| | | 時間 | 年 | 例 |
| | | 時間 | 年 | 例 |
| 3 看護師の氏名（1 名以上） | | | | |
| 4 臨床検査技師の氏名（1 名以上） （当該保険医療機関内で実施する場合） | | | | |
| 5 緊急手術の体制 | | | | |
| （1）緊急手術が可能な体制 （いずれかに○をつけること。） | | ・当該病院において有している ・他の保険医療機関との連携により有している | | |
| （2）連携により有している場合は、当該 連携医療機関の名称 | | | | |
| 6 遺伝カウンセリング加算の施設基準の届出の有無 <div style="text-align: right;">（ 有 ・ 無 ）</div> 当該届出を行っている連携保険医療機関名 | | | | |

〔記載上の注意〕

- 「2」の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。
- 「2」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 「5」の緊急手術の体制について、他の保険医療機関との連携により当該体制を有している場合は、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。
- 4 「6」については、当該保険医療機関が遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っておらず、当該届出を行っている保険医療機関との連携体制が整備されている場合には、当該連携保険医療機関名を記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。