

周術期栄養管理実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

専任の常勤 管理栄養士	氏 名	栄養サポートチームでの経験年数
		年
		年
		年

[記載上の注意]

届出に当たっては、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る３年以上の経験を有する専任の管理栄養士であること。

頭頸部悪性腫瘍光線力学療法の施設基準に係る届出書添付書類

1 関係学会による教育研修施設としての認定 (有 ・ 無)			
学会名 :			
認定年月日 :			
2 頭頸部外科について 5 年以上の経験を有し、所定の研修を修了してい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	頭頸部外科の 経験年数	所定の研修修了年月日
	時間	年	
	時間	年	
	時間	年	
	時間	年	
3 常勤の麻酔科標榜医の氏名			
4 緊急手術が可能な体制 (有 ・ 無)			
5 保守管理の計画 (有 ・ 無)			

[記載上の注意]

- 1 「 1 」については、認定されていることが確認できる資料を添付すること。
- 2 「 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。
また、当該常勤医師の研修の修了を証する文書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 3 「 3 」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 「 5 」について、当該療法に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 5 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。

副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
・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 内分泌内科又は高血圧症について専門の知識及び3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	診療科名	当該診療科の 経験年数
	時間	科	年
	時間	科	年
4 泌尿器科について専門の知識及び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	当該診療科の 経験年数	
	時間	年	
	時間	年	
5 放射線科について専門の経験及び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	当該診療科の 経験年数	
	時間	年	
	時間	年	
6 副腎静脈サンプリングの年間実施症例数			例
7 副腎手術の年間実施症例数			例
原発性アルドステロン症に対する副腎手術の年間実施症例数			例
8 緊急手術が可能な体制			（ 有 ・ 無 ）

[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 」から「 5 」まで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）を記載すること。
- 3 「 6 」は、新規届出の場合には実績期間内に副腎静脈サンプリングが 10 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 20 例以上必要であること。また、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。
- 4 「 7 」は、新規届出の場合には実績期間内に副腎手術が 5 例以上又は原発性アルドステロン症に対する副腎手術が 3 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に副腎手術が 10 例以上又は原発性アルドステロン症に対する副腎手術が 5 例以上必要であること。また、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。
- 5 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。

（腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別				
・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 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				
科 科				
3 腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）又は腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の手術を術者として、合わせて5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等				
常勤医師の氏名		勤務時間	ア 腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の術者としての経験症例数	イ 腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の術者としての経験症例数
			例	例
		時間	アとイの合計 例	
4 常勤の医師の氏名等（泌尿器科について専門の知識及び5年以上の経験を有する者2名以上）	診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数
			時間	年
			時間	年
			時間	年
5 麻酔科標榜医の氏名				

6 当該保険医療機関における副腎腫瘍に係る手術の実施症例数	
副腎摘出術（副腎部分切除術を含む。）	例
腹腔鏡下副腎摘出術	例
腹腔鏡下小切開副腎摘出術	例
副腎腫瘍摘出術	例
腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)	例
～ の合計（10例以上）	例
7 常勤の臨床工学技士の氏名	
8 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無

〔記載上の注意〕

- 「 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。
- 「 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 」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。