

胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（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 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 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として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 | 当該手術の術者としての経験症例数 |
| | | 例 |
| | | 例 |
| 3 当該医療機関における食道悪性腫瘍に係る手術の実施症例数 | | |
| そのうち、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）又は縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術の実施症例数 | | 例 |
| 4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） | | |
| | | 科 科 科 科 |
| 5 外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等（外科又は消化器外科について5年以上の経験を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上） | 常勤医師の氏名 | 経験年数 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| 6 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無） | | |
| 7 常勤の臨床工学技士の氏名 | | |
| 8 保守管理の計画（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 「2」については、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。また、術者として実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」については、当該症例一覧（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 「5」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。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 5 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 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。