

様式 69 の 3

腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

| | | |
|--|----------------------------|---|
| 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 当該保険医療機関において 1 年間に実施した膀胱悪性腫瘍手術症例数（区分番号「K803」、「K803-2」及び「K803-3」の合計数） | 例 | |
| 3 泌尿器科の常勤医師の氏名等（2 名以上） | | |
| 常勤医師の氏名 | 経験年数 (少なくとも 1 名は 5 年以上) | |
| | 年 | |
| | 年 | |
| | 年 | |
| 4 麻酔科標榜医の氏名 | | |
| | | |
| | | |
| 5 病理部門の病理医氏名 | | |
| 6 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。
- 泌尿器科を担当する医師の氏名、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。
- 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 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。