

**遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行う手術の施設基準に係る
届出書添付書類**

1 届出する術式について（該当する部分に○をつける）				
<ul style="list-style-type: none"> ・ 乳房切除術 ・ 子宮附属器腫瘍摘出術 				
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
3 乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有する常勤医師の氏名等				
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の専門的な研修の経験年数	所定の研修修了年月日
		時間	年	
		時間	年	
		時間	年	
4 産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を6年以上有する常勤医師の氏名等				
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の専門的な研修の経験年数	所定の研修修了年月日
		時間	年	
		時間	年	
		時間	年	
5 臨床遺伝学の診療に係る経験を3年以上有する常勤医師の氏名等				
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	臨床遺伝学の診療の経験年数	
		時間	年	
		時間	年	
6 乳房MRI加算の施設基準に係る届出 （ 有 ・ 無 ）				
6-2 連携により当該体制を有している場合は、当該連携医療機関の名称				
7 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出 （ 有 ・ 無 ）				
8 麻酔科標榜医の氏名				
9 病理部門の病理医氏名				

[記載上の注意]

- 1 「3」から「5」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。
- 2 「3」及び「4」について、医師の医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する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 「6」について、「無」にチェックがついた場合は「6-2」に連携により当該体制を有している他の保険医療機関の名称を記入し、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 「8」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

自家脂肪注入の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 形成外科の経験を5年以上有する常勤医師の氏名等（2名以上、そのうち1名以上が10年以上の経験を有する者）			
常勤医師の氏名	勤務時間	形成外科の 経験年数	関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了の有無
	時間	年	有 ・ 無
	時間	年	有 ・ 無
	時間	年	有 ・ 無
3 耳鼻咽喉科の専門的な研修の経験を10年以上有している常勤医師の氏名等（1名以上）			
常勤医師の氏名	勤務時間	耳鼻咽喉科 の経験年数	関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了の有無
	時間	年	有 ・ 無
	時間	年	有 ・ 無
4 緊急手術が可能な体制		有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 「2」及び「3」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。
- 「2」及び「3」の常勤医師のうち1名以上が、関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了していること。
- 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。