

腹腔鏡下子宮癒痕部修復術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			
3 産科又は産婦人科の常勤医師の氏名等（2 名以上）			
診療科	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数（少なくとも 1 名は 5 年以上）
		時間	年
		時間	年
		時間	年
		時間	年
4 麻酔科標榜医の氏名			
5 当該保険医療機関における腹腔鏡手術の年間実施症例数（20 例以上）			
例			

[ 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」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。
- 3 「3」について、麻酔科標榜許可証の写しを添付すること。
- 4 「4」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。