

様式 65 の 3

植込型補助人工心臓（非拍動流型）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 当該保険医療機関における開心術の年間実施症例数 | | | | 例 |
| 4 現時点までの補助人工心臓装着を行った経験症例数 | | | | 例 |
| うち過去3年間の経験症例数 | | | | 例 |
| うち90日以上連続した補助を行った症例数 | | | | 例 |
| 5 関係学会より選定された年月日 年 月 日 | | | | |
| 6 心臓血管外科の常勤医師の氏名等 | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 心臓血管外科の 経験年数 | 補助人工心臓 の経験症例数 | 所定の研修修了年月 |
| | 時間 | 年 | 例 | |
| | 時間 | 年 | 例 | |
| | 時間 | 年 | 例 | |
| | 時間 | 年 | 例 | |
| | 時間 | 年 | 例 | |
| | 時間 | 年 | 例 | |
| 7 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器 （一般的名称）（承認/認証番号） | | | | |
| <input type="checkbox"/> 血液学的検査 <input type="checkbox"/> 生化学的検査 <input type="checkbox"/> 画像診断 | | | | |
| 8 補助人工心臓の適応を検討する委員会の有無（有・無） | | | | |
| 補助人工心臓装着患者を統合的に治療・管理する体制の有無（有・無） | | | | |
| 9 体外設置型補助人工心臓駆動装置がいつでも施行可能な体制の有無（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」は、新規届出の場合には実績期間内に50例以上、再度の届出の場合には実績期間内に100例以上が必要であること。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。
- 3 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。
- 4 「6」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。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。