

**腹腔鏡下腔断端挙上術（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 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 腹腔鏡下腔断端挙上術（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の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の術者としての 経験症例数	
	時間	例	
	時間	例	
4 当該保険医療機関において 1 年間に実施した腔断端挙上術、腹腔鏡下腔断端挙上術又は子宮腫瘍に係る手術の年間実施症例数 _____ 例			
このうち、腔断端挙上術及び腹腔鏡下腔断端挙上術の年間実施症例数 _____ 例			
5 常勤医師の氏名等（2 名以上）			
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名（当該手術 を担当する科名）	当該診療科の 経験年数
	時間		年
	時間		年
	時間		年
6 麻酔科標榜医の氏名			
7 緊急手術が可能な体制（ 有 ・ 無 ）			
8 常勤の臨床工学技士の氏名			
9 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 「3」及び「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。
- 3 「3」及び「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。
- 4 「6」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 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。