

様式 65 の 6

腹腔鏡下胃縮小術 1 スリーブ状切除によるもの
 腹腔鏡下胃縮小術 2 スリーブ状切除によるもの
 (バイパス術を併施するもの)

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 届出 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下胃縮小術 1 スリーブ状切除によるもの <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下胃縮小術 2 スリーブ状切除によるもの (バイパス術を併施するもの) ※該当する届出事項に「✓」を記入すること。 (両方とも届け出る場合には、両方に「✓」を記入すること) | | | | |
| 3 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。) | | | | |
| | | | | 科 |
| 4 外科又は消化器外科について5年以上の経験を有し、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等 | | | | |
| 4-1 (「1 スリーブ状切除によるもの」の届出の場合に記入すること。) | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 診療科名 | 当該診療科の経験年数 | 当該手術の術者としての経験症例数 |
| | 時間 | 科 | 年 | 例 |
| | 時間 | 科 | 年 | 例 |
| | 時間 | 科 | 年 | 例 |
| 4-2 (「2 スリーブ状切除によるもの (バイパス術を併施するもの)」の届出の場合に記入すること。) | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 診療科名 | 当該診療科の経験年数 | 当該手術の術者としての経験症例数 |
| | 時間 | 科 | 年 | 例 |
| | 時間 | 科 | 年 | 例 |
| | 時間 | 科 | 年 | 例 |
| 5 当該保険医療機関における下記の手術の年間実施症例数 | | | | |
| 5-1 (「1 スリーブ状切除によるもの」の届出の場合に記入すること。) | | | | |
| 区分番号「K647-2」、「K649-2」、「K654-3」、「K655-2」、「K655-5」、「K656-2」、「K657-2」、「K662-2」、「K666-2」、「K667-2」又は「K667-3」に掲げる手術 <div style="text-align: right;">例</div> | | | | |
| 5-2 (「2 スリーブ状切除によるもの (バイパス術を併施するもの)」の届出の場合に記入すること。) | | | | |
| 区分番号「K656-2の1」に掲げる手術 <div style="text-align: right;">例</div> | | | | |
| 6 当該手術を担当する診療科における常勤医師の氏名等 | | | | |

| | | |
|---|------|-------------------|
| 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） |
| | 時間 | 科 |
| | 時間 | 科 |
| | 時間 | 科 |
| | 時間 | 科 |
| 7 高血圧症、脂質異常症、糖尿病又は肥満症に関する診療について合わせて5年以上の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 | 経験年数 |
| | 時間 | 年 |
| | 時間 | 年 |
| 8 常勤の麻酔科標榜医の氏名 | | |
| | | |
| 9 常勤の管理栄養士の氏名 | | |
| | | |
| 10 緊急手術が可能な体制（有・無） | | |
| 11 当該手術を実施した患者に対するフォローアップの有無及び術後5年目の捕捉率 （有・無）（割 分） | | |

〔記載上の注意〕

- 「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。
- 「4」、「6」及び「7」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」及び「5」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。
- 「8」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。