

様式 71 の 4

胎児胸腔・羊水腔シャント術

無心体双胎焼灼術

胎児輸血術

臍帯穿刺

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

| | | | |
|--|------|------------------|---|
| 1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） | | | 科 |
| 2 産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科の医師の氏名等 ※ それぞれの診療科において2名以上の医師が配置されており、そのうち1名以上は5年以上の経験を有する医師であること。 | | | |
| 医師の氏名 | 診療科名 | 当該診療科における経験年数 | |
| | | 年 | |
| | | 年 | |
| | | 年 | |
| | | 年 | |
| | | 年 | |
| | | 年 | |
| 3 5例以上の胎児胸水症例を経験した常勤の医師の氏名等 | | | |
| 常勤医師の氏名等 | 勤務時間 | 胎児胸水の経験症例数 | |
| | 時間 | 例 | |
| | 時間 | 例 | |
| 4 無心体双胎に関する十分な経験を有した常勤の医師の氏名等 | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 無心体双胎の経験症例数 | |
| | 時間 | 例 | |
| | 時間 | 例 | |
| 5 超音波ガイド下の胎児治療に十分な治療経験を有し、2例以上の臍帯穿刺又は胎児輸血を経験した常勤の医師の氏名等 | | | |
| 常勤医師の氏名等 | 勤務時間 | 臍帯穿刺又は胎児輸血の経験症例数 | |

| | | |
|---------------------|-------|---|
| | 時間 | 例 |
| | 時間 | 例 |
| 6 総合周産期特定集治療室管理料の届出 | 有 ・ 無 | |
| 7 緊急帝王切開に対応できる体制 | 有 ・ 無 | |
| 新生児特定集中治療室管理料の届出 | 有 ・ 無 | |

〔記載上の注意〕

- 1 「2」については、胎児胸腔・羊水腔シャント術、胎児輸血術及び臍帯穿刺の届出を行う場合に記入すること。
- 2 「3」については、胎児胸腔・羊水腔シャント術の届出を行う場合に記入し、胎児胸水症例の一覧（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 「4」については、無心体双胎焼灼術の届出を行う場合に記入し、無心体双胎症例の一覧（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。
- 4 「5」については、胎児輸血術及び臍帯穿刺の届出を行う場合に記入し、臍帯穿刺又は胎児輸血症例の一覧（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 「2」から「4」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。
- 6 「6」について、「無」の場合は「7」を記載すること。