

様式 87 の 30

〔 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）  
鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（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 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）  |         |         |            |  |   |
| 科  |         |         |            |  |   |
| 科  |         |         |            |  |   |
| 科  |         |         |            |  |   |
| 3 耳鼻咽喉科又は頭頸部外科について10年以上の経験を有しており、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）又は鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の手術を術者として、合わせて3例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等 |         |         |            |  |   |
| 診療科名   | 常勤医師の氏名 | 勤務時間    | 当該診療科の経験年数 | ア 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の術者としての経験症例数 | イ 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の術者としての経験症例数 |
|  |         | 時間      | 年          | 例  | 例   |
|  |         |         |            | アとイの合計   | 例   |
| 4 常勤の医師の氏名等（耳鼻咽喉科又は頭頸部外科について専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の  | 診療科名    | 常勤医師の氏名 |            | 勤務時間   | 当該診療科の経験年数                                  |
|  |         |         |            | 時間   | 年   |
|  |         |         |            | 時間   | 年   |

|   |                             |   |    |   |
|---|-----------------------------|---|----|---|
| 医師が2名以上、そのうち1名以上が10年以上の経験を有する者)         |                             |   | 時間 | 年 |
| 5 麻酔科標榜医の氏名                             |                             |   |    |   |
| 6 当該保険医療機関における咽頭悪性腫瘍又は喉頭悪性腫瘍に係る手術の実施症例数 | ①咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）    | 例 |    |   |
|   | ②鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。） | 例 |    |   |
|   | ③喉頭悪性腫瘍手術                   | 例 |    |   |
|   | ④鏡視下喉頭悪性腫瘍手術                | 例 |    |   |
|   | ⑤喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術               | 例 |    |   |
|   | ①～⑤の合計（10例以上）               | 例 |    |   |
| 7 常勤の臨床工学技士の氏名                          |                             |   |    |   |
| 8 緊急手術が可能な体制                            | 有 ・ 無                       |   |    |   |
| 9 保守管理の計画                               | 有 ・ 無                       |   |    |   |

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