

（腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

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 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 | | | | |
| 3 腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）又は腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の手術を術者として、合わせて5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等 | | | | |
| 常勤医師の氏名 | | 勤務時間 | ア 腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の術者としての経験症例数 | イ 腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の術者としての経験症例数 |
| | | | 例 | 例 |
| | | 時間 | アとイの合計 | 例 |
| 4 常勤の医師の氏名等（泌尿器科について専門の知識及び5年以上の経験を有する者2名以上） | 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 |
| | | | 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副腎腫瘍に係る手術の実施症例数 | |
| 副腎摘出術（副腎部分切除術を含む。） | 例 |
| 腹腔鏡下副腎摘出術 | 例 |
| 腹腔鏡下小切開副腎摘出術 | 例 |
| 副腎腫瘍摘出術 | 例 |
| 腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術(褐色細胞腫) | 例 |
| ～ 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 |

〔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。
- 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。