

縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（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 当該医療機関における食道悪性腫瘍に係る手術の実施症例数			
			_____ 例
そのうち、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術又は縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術の実施症例数			_____ 例
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
			科
			科
			科
4 外科又は消化器外科の 常勤医師の氏名等（外科又は 消化器外科について5 年以上の経験を有する者 が2名以上、そのうち10年 以上の経験を有する者が 1名以上）	常勤医師の氏名	勤務時間	経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年
5 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無）			
6 常勤の臨床工学技士の氏名			
7 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。
- 「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。
- 「2」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。その際、内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含めてもよい。
- 「7」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 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。