

様式 23 の 3

BRCA1／2 遺伝子検査 腫瘍細胞を検体とするもの
血液を検体とするもの 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 化学療法の経験を5年以上有する常勤医師又は産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて6年以上有する常勤医師に係る事項 | | | |
| 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 |
| 2 化学療法の経験を5年以上有する常勤医師又は乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有する常勤医師に係る事項 | | | |
| 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 |
| 3 化学療法の経験を5年以上有する常勤医師又は腓腫瘍について専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤医師に係る事項 | | | |
| 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 |
| 4 化学療法の経験を5年以上有する常勤医師又は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常勤医師に係る事項 | | | |

| 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 |

5 遺伝カウンセリング加算の施設基準の届出の有無

(有 ・ 無)

当該届出を行っている連携保険医療機関名

[記載上の注意]

- 1 腫瘍細胞を検体とするものについて、卵巢癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として実施する場合には「1」、前立腺癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として実施する場合には「4」を記入すること。
- 2 血液を検体とするものについて、卵巢癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として実施する場合には「1」、乳癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として実施する場合には「2」、膀胱癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として実施する場合には「3」、前立腺癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として実施する場合には「4」、乳癌又は卵巢癌患者に対して、遺伝性乳癌卵巢癌症候群の診断を目的として実施する場合には、「1」又は「2」のいずれかを記入すること。
- 3 「1」から「4」まで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 「5」については、当該保険医療機関が遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っておらず、当該届出を行っている保険医療機関との連携体制が整備されている場合には、当該連携保険医療機関名を記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。