

**経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）の
施設基準に係る届出書添付書類**

1 届出を行う項目について (該当するものに○印をつける。)	1 高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの 2 エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの 3 アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテルによるもの	
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科		
3 緊急手術が実施可能な体制		
(1) 緊急手術が可能な体制 (いずれかに○をつけること。)	・当該病院において有している ・他の保険医療機関との連携により有している	
(2) 連携により有している場合は、当該連携医療機関の名称		
4 5年以上の循環器内科の経験を有する医師の氏名等		
医師の氏名	循環器内科の経験年数	
	年	
	年	
5 経皮的冠動脈形成術について術者として実施する医師として300例以上の経験を有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	経皮的冠動脈形成術の術者としての経験症例数
	時間	例
	時間	例
6 高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルの設置等		
(1) 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）の施設基準に係る届出	有 ・ 無	
(2) 複数の高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルの設置	有 ・ 無	
(3) 1種類の高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルを用いて過去2年間25例以上の使用実績	有 ・ 無 ____例	

[記載上の注意]

- 1 「3」について、他の保険医療機関との連携により当該体制を有している場合は、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。
- 2 「5」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。
- 3 「5」については、経皮的冠動脈形成術の手術症例の一覧（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。なお、当該症例数が300例以上の医師については、関連学会により心血管カテーテル治療専門医として認定されていることを証する文書の写しをもって様式52に代えることができる。
- 4 アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテルによるものの届出を行う場

合のみ、「6」を記入すること。

- 5 「6」については、（2）又は（3）のいずれか及び（1）の要件を満たすこと。なお、（3）に該当する場合は、当該手術症例の一覧（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。
- 6 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。