

植込型補助人工心臓（非拍動流型）（設置する場合）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別	
新規届出 (実績期間を和暦で記載すること)	年 月～ 年 月
再度の届出 (実績期間を和暦で記載すること)	年 月～ 年 月
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 当該保険医療機関における実施症例数	
開心術の年間実施症例数	例
現時点までの補助人工心臓装着を行った経験症例数	例
うち過去5年間の経験症例数	例
うち過去5年間の左室心尖脱血を伴う症例数	例
4 関係学会より選定された年月日（和暦で記載すること）	年 月 日
5 心臓血管外科の常勤医師の氏名等	
常勤医師 1	
氏名	
勤務時間	時間
心臓血管外科の経験年数	年
補助人工心臓の経験症例数	例
所定の研修修了年月	年 月 日
常勤医師 2	
氏名	
勤務時間	時間
心臓血管外科の経験年数	年
補助人工心臓の経験症例数	例
所定の研修修了年月	年 月 日
常勤医師 3	
氏名	
勤務時間	時間
心臓血管外科の経験年数	年
補助人工心臓の経験症例数	例
所定の研修修了年月	年 月 日
常勤医師 4	
氏名	
勤務時間	時間
心臓血管外科の経験年数	年
補助人工心臓の経験症例数	例

	所定の研修修了年月	年 月 日
常勤医師 5		
	氏名	
	勤務時間	時間
	心臓血管外科の経験年数	年
	補助人工心臓の経験症例数	例
	所定の研修修了年月	年 月 日
常勤医師 6		
	氏名	
	勤務時間	時間
	心臓血管外科の経験年数	年
	補助人工心臓の経験症例数	例
	所定の研修修了年月	年 月 日
6	当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器	
	血液学的検査	
	一般的名称	
	承認／認証番号	
	生化学的検査	
	一般的名称	
	承認／認証番号	
	画像診断	
	一般的名称	
	承認／認証番号	
7	当該保険医療機関における診療体制	
	補助人工心臓の適応を検討する委員会	1：有 2：無
	補助人工心臓装着患者を統合的に治療・管理する体制	1：有 2：無
	体外設置型補助人工心臓駆動装置が常時施行可能な体制	1：有 2：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」の開心術の年間実施症例数は、新規届出の場合には実績期間内に50例以上、再度の届出の場合には実績期間内に100例以上が必要であること。また、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。
- 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。
- 「5」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。また、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。
- 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。