

腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（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（該当するいずれか1つを○で囲むこと）		1：新規届出 2：再度の届出
実績期間 開始年月（和暦で記載すること）		年 月
終了年月（和暦で記載すること）		年 月
2 標榜診療科（該当する□に「✓」を記入すること。）		<input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 麻酔科
3 当該医療機関における鼠径ヘルニア手術の年間実施症例数		
ヘルニア手術（鼠径ヘルニアに限る。）の年間実施症例数		例
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）の年間実施症例数		例
4 外科又は消化器外科について専門の知識を有する常勤医師の氏名等		
常勤医師1	氏名	
	勤務時間	時間
	外科又は消化器外科の経験年数	年
常勤医師2	氏名	
	勤務時間	時間
	外科又は消化器外科の経験年数	年
常勤医師3	氏名	
	勤務時間	時間
	外科又は消化器外科の経験年数	年
5 当該医療機関における消化器外科手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準の届出状況（該当する□に「✓」を記入すること。）		<input type="checkbox"/> K655-2 <input type="checkbox"/> K655-5 <input type="checkbox"/> K657-2 <input type="checkbox"/> K674-2 <input type="checkbox"/> K695-2 <input type="checkbox"/> K702-2 <input type="checkbox"/> K703-2 <input type="checkbox"/> K719-3 <input type="checkbox"/> K740-3
6 緊急手術が可能な体制（該当するいずれか1つを○で囲むこと）		有 ・ 無
7 常勤の臨床工学技士の氏名		
8 保守管理の計画（該当するいずれか1つを○で囲むこと）		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」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。
- 「4」の常勤医師の勤務時間欄に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。