

腹膜切除を伴う多臓器合併切除術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"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 麻酔科
3 「A301」特定集中治療室管理料の施設基準の届出を行っている（該当する□に「✓」を記入すること。）		<input type="checkbox"/>
4 産婦人科若しくは婦人科又は外科若しく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	
	診療科	科
	勤務時間	時間
	当該診療科の経験年数	年
常勤医師2	氏名	
	診療科	科
	勤務時間	時間
	当該診療科の経験年数	年
常勤医師3	氏名	
	診療科	科
	勤務時間	時間
	当該診療科の経験年数	年
5 腹膜切除を伴う多臓器合併切除術を術者として5例以上実施した経験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
	腹膜切除を伴う多臓器合併切除術の術者としての経験症例数	例
常勤医師2	氏名	
	勤務時間	時間
	腹膜切除を伴う多臓器合併切除術の術者としての経験症例数	例
6 当該医療機関における腹膜切除を伴う多臓器合併切除術の年間実施症例数		例
7 麻酔科標榜医の氏名		
8 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

[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」及び「5」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。
- 「5」及び「6」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。
- 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。