

子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科 (該当する口に「✓」を記入すること。)		<input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 放射線科
2 産婦人科又は婦人科の経験を5年以上有し、子宮悪性腫瘍手術における子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5症例以上経験している医師の氏名等		
医師1	氏名	
	診療科名	科
	産婦人科又は婦人科の経験年数	年
	子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検の経験症例数(5例以上)	例
医師2	氏名	
	診療科名	科
	産婦人科又は婦人科の経験年数	年
	子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検の経験症例数(5例以上)	例
医師3	氏名	
	診療科名	科
	産婦人科又は婦人科の経験年数	年
	子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検の経験症例数(5例以上)	例
3 常勤医師の氏名等		
常勤医師1	氏名	
	診療科名	科
	勤務時間	時間
常勤医師2	氏名	
	診療科名	科
	勤務時間	時間
常勤医師3	氏名	
	診療科名	科
	勤務時間	時間
常勤医師4	氏名	
	診療科名	科
	勤務時間	時間
4 麻酔科標榜医及び病理医の氏名		
麻酔科標榜医の氏名		
病理医の氏名		

[記載上の注意]

- 「2」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。
- 「3」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。