

経皮的カテーテル心筋焼灼術における磁気ナビゲーション加算  
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 年 月～ 年 月）<br>・再度の届出（実績期間 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 経皮的カテーテル心筋焼灼術の実施症例数                         |           |      |                    |
| 例   |           |      |                    |
| 4 循環器科の常勤医師の<br>氏名等（2名以上）                     | 医師の氏名     | 経験年数 | 不整脈について<br>5年以上の経験 |
|   |           | 年    | 有 ・ 無              |
|   |           | 年    | 有 ・ 無              |
| 5 麻酔科標榜医の氏名                                   |           |      |                    |
| 6 常勤の臨床工学技士の氏名                                |           |      |                    |
| 7 緊急手術が可能な体制                                  | （ 有 ・ 無 ） |      |                    |
| 8 保守管理の計画                                     | （ 有 ・ 無 ） |      |                    |

[記載上の注意]

- 1 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に25例以上、再度の届出の場合には実績期間内に50例以上が必要であること。また、当該症例一覧（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。
- 2 「4」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 3 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。
- 5 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。