

様式 69 の 3

〔 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術  
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術 〕

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科
2 当該保険医療機関において1年間に実施した膀胱悪性腫瘍手術症例数（（区分番号「K803」、「K803-2」及び「K803-3」の合計数）		例
3 泌尿器科の常勤医師の氏名等（2名以上）		
常勤医師の氏名		経験年数 (少なくとも1名は5年以上)
		年
		年
		年
4 麻酔科標榜医の氏名		
5 病理部門の病理医氏名		
6 緊急手術が可能な体制		有 ・ 無

[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。
- 泌尿器科を担当する医師の氏名、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。
- 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 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。