

様式53の3

施設基準に適合している場合にあっては、所定点数の100分の5に相当する点数を加算することとなる手術（区分1～3以外の手術）及び経皮的中心隔心筋焼灼術に係る届出書

届出受理番号

受付年月日 平成 年 月 日

決定年月日 平成 年 月 日

1. 届出手術名と標榜診療科

届出手術名	標榜診療科

2. 基準要件医師

医師名	常勤・非常勤の別	経歴（経験年数を含む）	実施件数

3. 基準要件臨床工学技士
要件の有無（有 無）

要件有の場合の 常勤臨床工学技士名	
----------------------	--

4. 連携医療機関の有無

（有 無）有の場合は当該連携医療機関との連携に係る契約に関する文書の写しを提出すること。
当該契約書には、緊急事態が発生したときは当該連携医療機関が即時に適切な対応を図ることが明記されていること。

有の場合

医療機関名	医療機関の住所と 当該医療機関までの所要時間	連携医師名と経歴（経験年数を含む）

5. 手術症例一覧 （年間症例数_____例）

年月日	手術名	患者性別	患者年齢	主病名

〔記載上の注意〕

「5」の「手術名」欄には、診療報酬点数表に規定する手術名を記載すること。また、同欄の末尾に診療報酬点数表に規定する手術毎に各々の年間合計症例数を記載すること。

