様式50の４

皮膚悪性腫瘍切除術におけるセンチネル

リンパ節加算の施設基準に係る届出書添付書類

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　皮膚科、形成外科、耳鼻いんこう科又は歯科口腔外科の経験を５年以上有するととも  に皮膚悪性腫瘍切除術におけるセンチネルリンパ節生検を５例以上実施した経験を有す  る医師の氏名等 | | | | | | |
| 診療科名 | 医師の氏名 | | 当該診療科の経験年数 | | リンパ節生検の  経験症例数 | |
|  |  | | 年 | | 例 | |
|  |  | | 年 | | 例 | |
|  |  | | 年 | | 例 | |
| ３　常勤医師の氏名等 | | 診療科名 | | 常勤医師の氏名 | | 勤務時間 |
|  | |  | | 時間 |
|  | |  | | 時間 |
|  | |  | | 時間 |
|  | |  | | 時間 |
|  | |  | | 時間 |
| ４　麻酔科標榜医の氏名 | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| ５　病理部門の病理医氏名 | |  | | | | |

［記載上の注意］

１　「２」については、当該生検症例一覧（実施年月日、検査名、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　「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）を記載すること。

３　「４」については、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。