

様式 50 の 3

皮膚悪性腫瘍切除術における悪性黒色腫センチネル
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悪性黒色腫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	氏 名	経験年数	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		
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」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 2 「2」については、当該検査症例一覧（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。
- 3 皮膚科、形成外科、耳鼻いんこう科又は歯科口腔外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 「5」については、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

[検査・手術症例一覧]

実施 年月日	検査名・手術名	患者 性別	患者 年齢	主 病 名

[] に勤務する従事者の名簿

No	職 種	氏 名	勤 務 の 態 様	勤 務 時 間	備 考	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	

[記載上の注意]

- 1 [] には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。
- 2 病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
- 3 職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。
- 4 勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。