

骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）
の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | |
|--|---------------|-----------------|-------------------|---------------|
| 1 届出種別 | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 新規届出 （実績期間 年 月～ 年 月） ・ 再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） | | | | |
| 2 関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靭帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術の実施症例数 | | | | |
| 例 | | | | |
| 3 関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を100症例以上術者として経験している常勤の医師の氏名等（1名以上） | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 整形外科の 経験年数 | 膝関節手術の 経験症例数 | 関節軟骨修復術 の経験症例数 | 所定の研修 修了年月 |
| | 年 | 例 | 例 | |
| | 年 | 例 | 例 | |
| | 年 | 例 | 例 | |
| | 年 | 例 | 例 | |

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 2 「2」は、当該届出を行う医療機関が大学病院本院以外の場合であって、新規届出の場合には関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靭帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術を実績期間内に50例以上、再度の届出の場合には実績期間内に100例以上が必要であること。また、膝関節手術又は関節軟骨修復術の手術症例の一覧（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。
- 3 「3」の常勤医師の氏名、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。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・ 整形外科の常勤医師
 - ・ 整形外科の常勤医師のうち、整形外科の経験を5年以上有している医師
 - ・ 整形外科の常勤医師のうち、関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を100症例

以上術者として実施した経験を有する医師

- ・ 整形外科の常勤医師のうち、所定の研修を修了している当該診療科の常勤医師
また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、整形外科の経験年数、関節軟骨修復術又は膝関節手術の経験の有無及び所定の研修修了の有無がわかるもの）を添付すること。

4 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。