

人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）に関する 施設基準に係る届出書添付書類

1	届出種別 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1 : 新規届出 2 : 再度の届出
	実績期間 開始年月 (和暦で記載すること) 終了年月 (和暦で記載すること)	年 月 ----- 年 月
2	標榜診療科	
	整形外科 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1 : 有 2 : 無
3	人工膝関節置換術に係る手術の年間実施症例数	例
4	整形外科について専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤医師の氏名等	
	常勤医師 1	
	氏名	
	勤務時間	時間
	整形外科の経験年数	年
	常勤医師 2	
	氏名	
	勤務時間	時間
	整形外科の経験年数	年
	常勤医師 3	
	氏名	
	勤務時間	時間
	整形外科の経験年数	年
4	保守管理の計画 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1 : 有 2 : 無

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 「3」は、人工膝関節置換術に係る手術（「K082の3」又は「K082-3の3」）が、実績期間内に、新規届出の場合には年間5例以上、再度届出の場合には10例以上必要であること。また、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。

3 「4」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。

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。