

学会連携申請書



一般社団法人 日本消化器外科学会 殿

「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 28 年 3 月 4 日 保医発 0304 第 2 号）に基づき、以下の対象術式の保険診療実施にあたり、貴学会の定める認定要件に同意し、貴学会との連携を申請いたします。

申請日： 年 月 日

申請情報	
施設名	
郵便番号	
所在地	
電話番号	
施設長 記名押印	公印

■対象術式 <区分番号: K695-2 3,4,5,6>

腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除，1 区域切除（外側区域切除を除く），2 区域切除及び 3 区域切除）

<認定要件>

1. National Clinical Database(NCD)に参加している。
2. 保険診療を行う症例については、下記期限内に情報を登録する。
術前情報：手術日の前日まで
術後情報：手術日から 90 日後まで
3. NCD（消化器外科領域）を管轄する関係学会（日本肝胆膵外科学会，日本肝癌研究会，日本内視鏡外科学会，肝臓内視鏡外科研究会，日本消化器外科学会）が，保険診療を行う症例について登録データの検証のためにデータを閲覧することを許可する。
4. 関係学会(日本肝胆膵外科学会，日本肝癌研究会，日本内視鏡外科学会，肝臓内視鏡外科研究会)による登録データの検証のための Audit を受け入れ，協力する。