

ロボット支援下結腸悪性腫瘍手術の届け出に必要な症例協力をお願い

※診療報酬制度上名称 「ロボット支援下結腸悪性腫瘍手術」

症例蓄積および一部保険適応外の同意書

当院は保険医療機関として患者様に保険診療を行うため、厚生労働省の定める要件―施設基準―を満たしたうえで各種届出を行っております。

今回のロボット支援下結腸悪性腫瘍手術の施設基準では、新規届け出の場合 10 例以上の実施実績が要件のひとつとして求められているため、当院では 10 例の症例を蓄積するまでは同手術の手術費用（手術・麻酔・手術にかかわる材料など）に限り保険が適応されません。このため、最初の 10 例については手術費用を当院が負担することとしました。

同手術を受ける患者さんには、手術費用を除いた入院料（入院料、検査、投薬、食事料など）のみをご負担いただくことになります（手術費用以外を患者様とご加入の健康保険に請求します。）

当院は同手術の実施実績 10 例以上とする要件以外の他の施設基準要件は十分に満たしております。

また手術に際しては同手術のエキスパートを招聘し、その指導の下で行いますのでご安心ください。

以上、一部保険医療の適応外となることをご了解の上、当院のロボット支援下結腸悪性腫瘍手術の症例蓄積にご協力いただける場合は、以下の同意書にご署名をお願い致します（別途、手術実施の同意書が必要となります）。

様に対する当院でのロボット支援下結腸悪性腫瘍手術は、 例目です。

説明日 西暦 年 月 日 説明医師

上記説明を理解し、ロボット支援胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術の症例蓄積のための実施および一部保険適応外となることについて同意します。

西暦 年 月 日 患者様ご署名