外科系学会社会保険委員会連合：技術適正化のための手術に関する調査用紙

施設ID　：　1234567　←診療報酬申請時の医療機関コード（7桁の半角数字（カンマ(,)を除く））
施設名　：　外保連病院
所在都道府県　：　東京都　選択してください。
担当者名　：　田中　つき事務局より事務的なことで連絡した場合の担当者
連絡先電話番号　：　03-3459-1455
連絡先メールアドレス　：　renraku@byoin.com　←担当者のメールアドレス（任意）

施設名、担当者名、連絡先電話番号に特殊記号を使用しないでください。

【概要】 1：令和6年10月1日分から遡って11月末日分までの2か月間に行われた手術のうち、単独で保険請求できる手術の麻酔時間、手術時間を以下の表にご記載下さい。
2：期間が短く恐縮ですが、締切は 1月17日（金）17時 とさせて頂いております。
3：ご不明点につきましては、外保連ホームページ上のQ&Aをご覧頂くか、外保連事務局までご連絡下さい。

【御願い】 1：単独で保険請求できる手術（保険請求できる手術名に併施（K529、K560 3など）の記載があるものを含む）をご記入下さい。
（併施（手術通則14の複数手術に係わる費用の特例で認められる場合も含む）は今回の調査から除いて下さい。
2：麻酔の種類にかかわらず、手術室で施行される、すべての診療科の「保険請求している手術」をご記入下さい。
（手術室以外の血管造影室、消化器内視鏡室などで施行される「保険請求している手術」はわかる範囲でご記入下さい。）
3：各科ごとの提出ではなく、施設ごとにまとめてご提出下さい。
（入力結果ファイルは何度でもアップロード可能ですが、同じ医療機関で最後にアップロードされたファイルで上書きされますのでご注意下さい。
そのため、各科ごとではなく、施設ごとにまとめてアップロードをお願い致します。）

【記入要綱】 *1：麻酔記録に記載された麻酔時間（全身麻酔以外で正確な時間がわからない場合には手術時間と一致させて下さい。）
*2：麻酔記録に記載された手術時間、あるいは手術記録に記載された手術時間
*3：ロボット支援手術は他の腹腔鏡・胸腔鏡手術と区別して登録すること。
*4：ロボット支援手術の場合は、「有」をご記述下さい。

入力後にボタンをクリックする事で、入力内容のチェックを行います。入力結果ファイルの入力内容にエラーがある場合、エラーメッセージが表示された後、入力エラーに関係のあるセルに移動します。エラー表示は1つずつ表示されます。
エラーが無い場合は、入力結果ファイルが作成されます。

CSVデータ作成

「Kコード2024年版」を入力すると該当する手術名が表示されます。
（「K△△△－△」の枝葉番号を半角スペースで入力し、「K△△△－△ △」のように枝葉番号を続けて入力ください。）

施設通し番号	Kコード 2024年版	手術名	ﾛﾎﾞｯﾄ支援手術 *4	麻酔時間（時間）*1	麻酔時間（分）*1	総麻酔時間（分）*1	手術時間（時間）*2	手術時間（分）*2	総手術時間（分）*2
1	K000 1	創傷処理　筋内、腱器に達するもの　長径5cm未満			30	30		30	30
2	K021-2 2	駄膜弁手術　4cm²以上　以下、例に続けて御入力ください		4		240	2		120
						0			0
						0			0
						0			0