様式第13号（その１）病院または診療所用（第11条関係）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療・~~精神通院医療~~）指定申請書

（病院または診療所）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 | （医療機関コード　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 所在地 | 〒  TEL | | | | |
| 開設者 | 住所 | 〒  TEL | | | | |
| 氏名または名称 |  | | | | |
| 生年月日 |  | | 職名 |  | |
| ※１　標榜している診療科名 | |  | | | | |
| ※２　担当しようとする医療の種類 | |  | | | | |
| 主として担当する医師または歯科医師の氏名および経歴 | | 別紙１ | ※３  自立支援医療を行うために必要な体制および設備の概要 | | | 別紙２ |
| ※４　自立支援医療を行うための入院設備の定員 | | | 人 | | | |
| 上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第１項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療・~~精神通院医療~~）として指定を受けたいので、書類を添えて申請します。  　また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項（第1号から第3号まで及び第7号を除く）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。  　　　　　　年　　月　　日  開設者  住所  氏名または名称　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　（あて先）  　　　　 滋賀県知事 | | | | | | |

注１　育成医療、更生医療または精神通院医療のいずれかの指定を希望する場合は、様式中の「（育成医療・更生医療・精神通院医療）」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去してください。

　２　※１欄は、自立支援医療に主に関係する診療科名を記入してください。

　３　※２および※３欄は、育成医療および更生医療の場合に記入してください。

　４　※４欄は、育成医療および更生医療を申請する診療所の場合に記入してください。

（別紙１）

経　　　歴　　　書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学位 |  | ふり　　　　がな  氏　　名 | 印 | | 生年月日 |  |
| 現住所 |  | | | | | |
| 関係学会加入状況 |  | | | | | |
| 年月日 | 任　免　事　項 | | | 師事した指導者の氏名、学位論文名  または学会に提出した論文名 | | |
|  |  | | |  | | |

（別紙２）

自立支援医療を行うために必要な体制および設備の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 品　　　　　　　　目 | 数　量 | 品　　　　　　　　目 | 数　量 |
| 設　　　　　備  （主要なもの） |  |  |  |  |
| 体　　　　　制 |  | | | |

（別紙３）育成医療、更生医療

研 究 内 容 に 関 す る 証 明 書

　　　　　　　 医療機関名

　　　　　　　　　　　 氏　　　名 　　　　 印

１　研究テーマ

２　研究の内容別期間等

1. 教室における臨床実習

自　　　　年　　　　月　　　　日

月間（１週　　日　　時間）

至　　　　年　　　　月　　　　日

(2)教授指導下での教室外における臨床実習

自　　　　年　　　　月　　　　日

月間（１週　　日　　時間）

至　　　　年　　　　月　　　　日

３　その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

　 主論文

　 副論文

　上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　年　　月　　日

大学名

氏　名 　　　　 印

（別紙４）育成医療、更生医療

人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

　　　　　　 医療機関名

　　　　　　 氏　　　名 　　　 印

１　専門研修

(1)研修期間

　　　　　　 自 　 　 年　　　月　　　日

至 　　年　　　月　　　日

(2)医療機関および指導医

２　臨床実績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期　　　　　　　　間 | 患者数 | 回　数 | 医　療　機　関　名　等 |
| 年　　月　～　　年　　月 | 人 | 回 |  |
| 年　　月　～　　年　　月 |  |  |  |
| 年　　月　～　　年　　月 |  |  |  |
| 年　　月　～　　年　　月 |  |  |  |
| 年　　月　～　　年　　月 |  |  |  |

３　透析療法従事職員研修受講の有無

　　　　(1)有（　　　　　年度研修）

(2)無

　　上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　　年　　月　　日

医療機関名

氏　　　名 　　　　 印

（別紙５）育成医療、更生医療

中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | 主たる担当  医　師　名 |  | |
| 医療機関名 | | 期　　　間 | 症　　　例　　　数 | | 備　　考 |
|  | | 年月日 年月日  　 ～  　 ～  　 ～ | 中心静脈栄養法  　 （　　　　）  　 （　　　　）  　 （　　　　） | |  |
|  | | 年月日 年月日  ～  ～  ～ | 経腸栄養法 | |  |

上記のとおり相違ないことを証明する。

年　　月　　日

医療機関名

氏　　　名 　　 印

（記載要領）

１　「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。

２　「主たる担当医師名」欄には、小腸に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。

３　症例数を記入する欄には個々の症例を直近時から遡って記載し、調査票の記入欄を満たす範囲内で症例数を計上すれば足りること。

ただし、既定の症例数（中心静脈栄養法２０例以上、経腸栄養法１０例以上）について、患者性別、年齢、期間等の一覧を別途添付すること。

４　中心静脈栄養法の症例数のうち、在宅中心静脈栄養法については（　　）内に再掲すること。

(1)　同一症例に対し断続的に繰り返し行った場合は、その都度、症例と数えて差し支えないこと。

(2)　中心静脈栄養法を開始した時点からその中心静脈栄養法の終了した時点までが１０日間以上のものを症例として計上すること。

なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、同一日ないし翌日に再挿入した場合は１回とみなし、複数の症例として計上しないこと。

（別紙６）

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | | 主たる担当  医　師　名 |  | |
| 期　間 | | 症例数 | 実施医療機関名等 | | | 備考 |
| 年　 月 ～　年　 月  年　 月 ～　年　 月  年　 月 ～　年　 月 | |  | 心臓移植後の抗免疫療法  　　　　　　　　　　　　　病院  　　　　　　　　　　　　　病院  　　　　　　　　　　　　　HP | | | （国名） |
| 年　 月 ～　年　 月  年　 月 ～　年　 月 | |  | 心臓移植術  　　　　　　　　　　　　　病院  　　　　　　　　　　　　　HP | | | （国名） |

上記のとおり相違ないことを証明する。

　年　　月　　日

医療機関名

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　印

（記載要領）

１　医療機関名は、正式名称を記載すること。

２　「主たる担当医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。

３　「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。

　　また、移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設で心臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。

４　「実施医療機関名等」欄には、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。

なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

５　心臓移植術の経験がある場合は、心臓移植術についても記載すること。

（別紙７）

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属する  医療機関 |  | | | | | | 連携する  医 師 名 |  | | | |
| 期　　間 | | | 症例数 | | | 実施医療機関名等 | | | | | 備考 |
| 年　 月 ～　年　 月  年　 月 ～　年　 月 | | |  | | | 心臓移植術  　　　　　　　　　　　　　病院  　　　　　　　　　　　　　HP | | | | | （国名） |
| 年　 月 ～　年　 月  年　 月 ～　年　 月 | | |  | | | 心臓移植術後の抗免疫療法  　　　　　　　　　　　　　病院  　　　　　　　　　　　　　HP | | | | | （国名） |
| 連携する医師の経歴書 | | 生年月日 | | |  | | | | 学位 |  | |
| 年　月　日 | 任　免　事　項 | | | 師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名 | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |

上記のとおり相違ないことを証明する。

年　　月　　日

医療機関名

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　印

（記載要領）

１　医療機関名は、正式名称を記載すること。

２　「連携する医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。

３　「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術又は心臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。

　　なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

（別紙８）

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | | 主たる担当  医　師　名 |  | |
| 期　間 | | 症例数 | 実施医療機関名等 | | | 備考 |
| 年　 月 ～　年　 月  年　 月 ～　年　 月  年　 月 ～　年　 月 | |  | 肝臓移植後の抗免疫療法  　　　　　　　　　　　　　病院  　　　　　　　　　　　　　病院  　　　　　　　　　　　　　HP | | | （国名） |
| 年　 月 ～　年　 月  年　 月 ～　年　 月 | |  | 肝臓移植術  　　　　　　　　　　　　　病院  　　　　　　　　　　　　　HP | | | （国名） |

上記のとおり相違ないことを証明する。

　年　　月　　日

医療機関名

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　印

（記載要領）

１　医療機関名は、正式名称を記載すること。

２　「主たる担当医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。

３　「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。

　　また、移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設で肝臓移植術及び肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。

４　「実施医療機関名等」欄には、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。

なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

５　肝臓移植術の経験がある場合は、肝臓移植術についても記載すること。

（別紙９）

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属する  医療機関 |  | | | | | | 連携する  医 師 名 |  | | | |
| 期　　間 | | | 症例数 | | | 実施医療機関名等 | | | | | 備考 |
| 年　 月 ～　年　 月  年　 月 ～　年　 月 | | |  | | | 肝臓移植術  　　　　　　　　　　　　　病院  　　　　　　　　　　　　　HP | | | | | （国名） |
| 年　 月 ～　年　 月  年　 月 ～　年　 月 | | |  | | | 肝臓移植術後の抗免疫療法  　　　　　　　　　　　　　病院  　　　　　　　　　　　　　HP | | | | | （国名） |
| 連携する医師の経歴書 | | 生年月日 | | |  | | | | 学位 |  | |
| 年　月　日 | 任　免　事　項 | | | 師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名 | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |

上記のとおり相違ないことを証明する。

年　　月　　日

医療機関名

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　印

（記載要領）

１　医療機関名は、正式名称を記載すること。

２　「連携する医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。

３　「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術又は肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。

　　なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。