様式第14号（その１）病院または診療所用（第12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~~）変更届出書

（病院または診療所）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 変更後 | 変更前 |
| 保険医療機関 | 名称 | (医療機関コード　　　　　　　　　) | (医療機関コード　　　　　　　　　) |
| 所在地 | 〒 | 〒 |
| 開設者 | 住所 | 〒 | 〒 |
| 氏名または名称 | 　 | 　 |
| 生年月日 |  |  |
| 職名 |  |  |
| 標榜している診療科名 | 　 | 　 |
| 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 | 　 | 　 |
| ※１　自立支援医療を行うために必要な設備の概要 | 　 | 　 |
| ※２　自立支援医療を行うための入院設備の定員 | 　 | 　 |
| その他 | 　 | 　 |
| 　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64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事業に変更が生じたので、書類を添えて届け出ます。　　　　　　年　　月　　日開設者　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名または名称　　　　　　　　　　　　　　　　印　　（あて先）　　　　　　　　　　　　　　　　（変更年月日　　　年　　　月　　　日）　　　 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うち該当しない部分を二重線で消去してください。

　２　※１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。

　３　※２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。

（記入要領）更生医療、育成医療

１　「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。

２　「主として担当する医師または歯科医師の氏名」は、医療の種類ごとに記載すること。

３　「自立支援医療を行うための収容設備の定員」は、医療の種類ごとに記載すること。

４　（別紙１）経歴書の「学位」は、専門科目に関する学位の有無を記載すること。

５　（別紙１）経歴書の「関係学会加入状況」は、加入している学会名および学会における 必要な記録を記載すること。

６　（別紙１）経歴書の「任免事項」は、次の点に留意し、記載すること。

　　(1)医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付すること。

　　(2)病院研究機関等医師または歯科医師が勤務しまたは研究等のために利用した施設については、関係した専門科目名まで必ず記載すること。

　　　（例えば、○○医科大学眼科学教室または○○病院眼科のように記載し、○○医科大学、○○病院のように省略しないこと。）

(3)勤務先における身分（例えば、医長、医員、講師、助手等）を明確に記載すること。

(4)非常勤職員については、１か月または１週間あたりの勤務日数、延時間数を明確に記載すること。

(5)２以上の施設に兼務する等の場合は、それぞれの施設における勤務条件または利用状況等を具体的に記入すること。

（例えば、○○医科大学整形外科週４日（延○時間勤務）、○○病院週２日（延○時間勤務）等）

(6)大学院については、専門コースを明確に記載すること。（例えば、○○医科大学大学院医学研究科整形外科学教室等）

７　（別紙１）経歴書には、指導者氏名、研究テーマ、研究の内容別（講義の受講、臨床的研究、理論的研究、実習等）期間、従事日数（１か月または１週間あたり）、その　他研究態様を明らかにするための主任教授等による証明書（別紙３）を添付すること。

８　腎臓に関する医療および小腸に関する医療を担当しようとする場合は、それぞれ（別紙４）および（別紙５）による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。

９　心臓移植術後および肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を担当しようとする場合は、それぞれ（別紙６）（別紙７）および（別紙８）（別紙９）による臨床実績証明書を添付すること。

　　医療機関の主たる医師に臨床実績が証明されるばあいは、それぞれ（別紙６）および（別紙８）のみの提出でよい。

10　（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には、それぞれの医療で特に必要とされるものを主に記載すること。

（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）育成医療、更生医療

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）育成医療、更生医療

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）育成医療、更生医療

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）育成医療、更生医療

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。