

# 記入例

様式第15号（第16条関係）

## 指定自立支援医療機関（**育成医療・更生医療**）指定変更申請書（病院又は診療所）

(1) 保険医療機関	ふりがな	いりょうほうじん△△かい ○○びょういん		
	名 称	医療法人△△会 ○○病院 【開設日 平成△△年○月□□日】		
	医療機関コード	△	△	△
	所在地	〒○○○-○○○○ さいたま市○○区○○1-1-1 連絡先○○○-○○○-○○○○		
(2) 開設者	住 所	〒○○○-○○○○ さいたま市○○区○○2-2-2 連絡先○○○-○○○-○○○○		
	ふりがな	うらわ たろう		
	氏名又は名称	浦 和 太 郎		
(3) 標ぼうしている診療科目		泌尿器科		
(4) 担当しようとする医療の種類		腎臓に関する医療		
(5) 主として担当する医師又は歯科医師の氏名		大 宮 一 郎 【変更年月日 平成△△年○月□□日】		
(6) 主として担当する医師又は歯科医師の経歴		別紙1	(7) 自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要	別紙9
(8) 自立支援医療を行うための収容設備の定員		10 人		
<p>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（平成17年法律第123号）の規定による、指定自立支援医療機関（<b>育成医療・更生医療</b>）として指定変更を受けたいので申請します。</p> <p style="text-align: center;">平成○○年○○月○○日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の開設者</p> <p style="text-align: center;">住 所 さいたま市○○区○○2-2-2</p> <p style="text-align: center;">氏 名 浦和 太郎</p> <p style="text-align: center;">（あて先）さいたま市長</p>				

- 注意
1. 「(育成医療・更生医療)」のうち指定を受けている医療部分に○をつけること。
  2. 申請に必要な書類を添付すること。

別紙1 (医療機関)

# 経 歴 書

学 位	有	ふりがな おおみや いちろう	生年 月日	昭和〇〇年〇月〇〇日
		氏 名 大 宮 一 郎		
現住所	さいたま市〇〇区〇〇1234			
関係学会加入状況	日本腎臓学会、日本人工臓器学会 日本透析療法学会、日本泌尿器学会			
年月日	任免事項	師事した指導者の氏名、学位論文名又は提出した論文名		
昭和〇〇年〇月〇日	〇〇大学医学部	(師事した指導者)		
	医学科卒業	〇〇大学 〇〇 〇〇教授		
昭和〇〇年〇月〇日	医師免許取得	(学会に提出した論文)		
昭和〇〇年〇月〇日	〇〇大学医学部	「〇〇〇〇〇〇症の治験例」 日腎会 (S. 〇年〇月〇日)		
	〇〇教室入局 (助手)	「ネフローゼ症候群」 腎と透析 (S. 〇年〇月〇日)		
昭和〇〇年〇月〇日	東京警察病院	"	"	
	泌尿器科勤務 (医員)	"	"	
平成〇〇年〇月〇日	東京警察病院退職	最終学歴より現在に至るまでを詳細に記載すること。その担当する更生医療の種類について研修した機関名 (大学病院等)、期間、師事した指導者の名前、学位論文又は学会に提出した論文で本医療の診療科目に関連のあるものがあれば、その主なものについて記載すること。		
平成〇〇年〇月〇日	中央総合病院			
	内科勤務 (医員)			
平成〇〇年〇月〇日	中央総合病院退職			
平成〇〇年〇月〇日	〇〇病院勤務	腎移植に関する医療又は歯科矯正に関する医療を担当する医師・歯科医師は必ず記入すること。		
	内科部長			
	現在に至る			
腎移植に関する臨床実績数、口顎口蓋裂の歯科矯正に関する臨床実績数				例

注意 [記入要領] 及び記入例を参考に記載すること。

**腎移植及び歯科矯正に関する医療**を担当する医師又は歯科医師は、腎移植に関する臨床実績数、口顎口蓋裂の歯科矯正に関する臨床実績数を記載すること。

## 研究内容に関する証明書

医療機関名 ○○病院

氏名 大宮一郎

### 1 研究テーマ

△△△△△△症の臨床に関する研究

### 2 研究の内容別期間等

#### (1) 教室における臨床実習

自 S.○○年 6月 日

24月間 (1週 48時間)

至 S.○○年 5月 日

#### (2) 教室指導下での教室外における臨床実習

自 S.○○年 6月 日

24月間 (1週 48時間)

至 S.○○年 5月 日

### 3 その他研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文

糖尿病性腎不全の治験例

副論文

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 ○○年 ○○月 ○○日

大学名 ○○大学医学部

氏名 ◇ ◇ ◇ ◇

## 人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

医療機関 医療法人△△会 ○○病院

氏 名 大 宮 一 郎

### 1 専門研修

#### (1) 研修期間

自 S.○○ 年 6月 日

至 S.○○ 年 5月 日

#### (2) 医療機関及び指導医

### 2 臨床実績

期 間	患者数	回数	医療機関名等
S.○○年 ○月 ~S.○○年 ○月	10人	30回	中央総合病院
S.○○年 ○月 ~S.○○年 ○月	40人	1,440回	○○病院
年 月 ~ 年 月	人	回	
年 月 ~ 年 月	人	回	
年 月 ~ 年 月	人	回	

### 3 透析療法従事職員研修受講の有無

(1)  有 ( S.○○ 年受講 )

(2)  無

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

医療機関名 △△会 ○○病院

主たる担当医師名 大 宮 一 郎

中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

医療機関名	△△会 ○○病院	主たる担当 医師名	大 宮 一 郎	
医療機関名	期 間	中心静脈栄養法症例数		経腸栄養 法症例数
			うち在宅中心静脈栄 養法症例数	
中央総合病院	年月日 年月日 S.○○.○○.○○～S.○○.○○.○○	1 5	4	3
○ ○ 病院	S.○○.○○.○○～S.○○.○○.○○	3 2 5	1 2 6	7 8
病院	～			

\* 症例の具体的内容については別紙「症例一覧」のとおり。

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

医療機関名 △△会 ○○病院

主たる担当医師名 大 宮 一 郎

《記載要領》

- 1 同一の症例に対し断続的に繰り返し行った場合は、そのつど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。
- 3 別紙「症例一覧」に関しては、直近時から遡って記載し、規定数を記載すること。
- 4 医療機関名は正式名称を記載すること。



## 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	△△会 ○○病院		主たる担当 医師名	大 宮 一 郎	
期 間	症例数	実施医療機関名等		備考	
年 月 ～ 年 月	1 0	心臓移植術後の抗免疫療法			
年 月 ～ 年 月	6	○○ 病院			
年 月 ～ 年 月		×× 病院			
		HP		(国 名)	
年 月 ～ 年 月	1 1	心臓移植術			
年 月 ～ 年 月		○○ 病院			
		HP		(国 名)	

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

医療機関名 △△会 ○○病院

主たる担当医師名 大宮 一郎

## 《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 6

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）

連携する 医療機関	△△会 ○○病院		連携する 医師名	大 宮 一 郎	
期 間	症例数	実施医療機関名等		備考	
年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月	2 1	心臓移植術  ×× 病院 HP		(国 名)	
年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月	1 5	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 S○○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。

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

医療機関名     △△会   ○○病院

主たる担当医師名     大宮   一郎

《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。



## 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	△△会 ○○病院		主たる担当 医師名	大 宮 一 郎	
期 間	症例数	実施医療機関名等		備考	
年 月 ～ 年 月	1 0	肝臓移植術後の抗免疫療法			
年 月 ～ 年 月	6	○○ 病院			
年 月 ～ 年 月		×× 病院			
		HP		(国 名)	
年 月 ～ 年 月	1 1	肝臓移植術			
年 月 ～ 年 月		○○ 病院			
		HP		(国 名)	

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

医療機関名 △△会 ○○病院

主たる担当医師名 大宮 一郎

## 《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 8

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）

連携する 医療機関	△△会 ○○病院		連携する 医師名	大 宮 一 郎	
期 間	症例数	実施医療機関名等		備考	
年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月	2 1	肝臓移植術  ×× 病院 HP		(国 名)	
年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月	1 5	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 S○○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。

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

医療機関名 △△会 ○○病院

主たる担当医師名 大宮 一郎

《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。

## 別紙9

## 自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要

	品 名	数 量	品 名	数 量
主要な設備	10人用透析液供給装置	1		
	個人用透析装置	5		
	多人数用ベッドサイド モニター	10		
	ナトリウムインフューザー	1		
	等			
体制	医師 常 勤	2名		
	非常勤	1名		
	看護婦	22名		
	臨床検査技師	1名		
	等			

注意 各医療を行うために必要な設備及び体制を記載することとし、特に必要とするものについては必ず記載すること。