

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）

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 ()		
	氏名又は 名称	(役職名)		
		(生年月日) 年 月 日		
標榜している診療科目				
担当しようとする医療の種類				
主として担当する医師 又は歯科医師の経歴	別紙 1	自立支援医療を行う為に必要な体 制及び設備の概要	別紙 2	
自立支援医療を行う為の入院設備の定員		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第59条第1項の規定による医療機関（育成医療・更生医療）として指定（変更）されたく申請する。</p> <p>枚方市長</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者</p> <p>住所</p> <p>氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>				

(別紙1)

経 歴 書

医療の種類が歯科矯正の場合、次のどちらかに○を付けてください。
・常勤
・専任 (第1・3(1)ただし書)

ふりがな氏名	印	生年月日	年 月 日
現住所			
最終学歴	(年 月卒業)		
医師(歯科医師)免許登録関係	年 月 日 登録	医籍(歯科医籍)登録番号(号)
関係学会加入状況(学会名・認定医等)			
1. 職歴 及び 任免事項		2. 学位について	
年 月 日	大学卒業後～現在に至る職歴(所属・職名など)	・学位の有無 (有 無) ・学位の種類及び取得年 (年) ・学位授与大学名	
		3. 学術研究業績について	
		①論文発表について ・論文名 ・掲載雑誌名 ・掲載年及び巻数 ・掲載頁 頁～ 頁	
		②口頭発表について ・発表学会名 ・研究題名 ・発表年 年	

※ 医師(歯科医師)免許証(写)を添付してください。(A4サイズ)

(別紙1) 「経歴書」の記載要領

○ 医師（歯科医師）免許登録関係

- ・医師（歯科医師）免許取得時（年月日、医籍（歯科医籍）登録番号）を記載してください。

○ 関係学会加入状況

- ・加入している学会名及び資格等を記載してください。
ただし、「担当する医療」に関係するものに限りです。
※ 会員証、認定医証などの（写）を添付してください。

○ 1. 職歴及び任免事項

- 大学卒業後より現在に至るまでを詳細に記載してください。
 - ・勤務先又は研究等のために所属した医療機関については、
 - ①正式名称で記載してください。
 - ②関係した専門の診療科目名又は専門教室名（専門コース）名まで必ず記載してください。
例) ○○医科大学付属病院 眼科
××大学医学部 眼科学教室
 - ・勤務先又は研究等の為に所属した医療機関における身分を明確に記載してください。
例) 医長、医員、講師、助手等
 - ・非常勤職員については、1ヶ月又は1週間当りの勤務日数及び延べ時間数を記載してください。
 - ・2以上の医療機関に兼務する等の場合は、それぞれの医療機関における勤務条件等を具体的に記載してください。
例) ○○医科大学付属病院 整形外科 非常勤職員 週4日（延○時間）
 - ・大学院については、専門コースを明確に記載してください。
例) ○○医科大学大学院 医学研究科 整形外科学教室
- 賞罰があれば記載してください。

○ 2. 学位について

- ・専門科目に関する学位の有無を記載してください。
- ・学位の種類及び取得した年並びに学位授与大学名を記載してください。

○ 3. 学術研究業績について

①論文発表について

- ・「担当する医療」に関連するものがあれば、その主なものについて、論文名、掲載雑誌名、掲載年及び巻数、掲載頁を記載してください。
なお、単行本を発刊している場合は、論文名を題名（誌名）に、掲載雑誌名を出版社名に、掲載年を発刊年に、それぞれ読み替えて記載してください。

②口頭発表について

- ・「担当する医療」に関連するもので、学会において発表したものがあれば、学会名、研究題名、発表年を記載してください。
なお、複数ある場合は、別紙添付も可能です。

※ 医師（歯科医師）免許証（写）を添付してください。（A4サイズ）

自立支援医療を行う為に必要な体制及び設備の概要

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

※ 自立支援医療を行う為に必要な設備及び体制には、それぞれの医療で特に必要とされるものを主に記載してください。

また、設備の設置場所がわかるように見取図を添付してください。

歯科医師の診療体制等

当該医療機関における診療時間

曜日	午前 : から : まで	午後 : から : まで
月		
火		
水		
木		
金		
土		
日		
その他		

主として担当する専任歯科医師
による診療（障害治療）時間

主として担当する 専任歯科医師名			
曜日	午前 : から : まで	午後 : から : まで	
月			
火			
水			
木			
金			
土			
日			
その他			

主として担当する専任歯科医師
が不在の場合の応急治療体制

応急治療する 常勤歯科医師名	(生年月日 年 月 日生)
(応急治療体制について詳しく記載してください)	

※ 応急治療する常勤歯科医師の歯科医師免許証（写）を添付してください。（A4サイズ）

(別紙3)

人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

医療機関名
主たる担当医師名

印

1. 専門研修

(1) 研修期間

自 年 月 日
至 年 月 日

(2) 医療機関及び指導医

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	人	回	
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 (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4)

腎移植症例証明書

医療機関名
主たる担当医師名

印

1. 腎移植症例数等

(1) 腎移植臨床従事期間

自 年 月 日
至 年 月 日 (計 年 月 日)

(2) 腎移植症例数 件

2. 腎移植症例 (直近3例以上)

	実施した 年 月 日	実施した 医療機関	レシピエントの 性別・年齢	ドナー		治療経過
				性別・年齢	続柄	
症例①	年 月 日					
症例②	年 月 日					
症例③	年 月 日					
症例④	年 月 日					
症例⑤	年 月 日					

※ 記入上の注意

1. 症例については主として執刀した臨床実績を記入してください。
2. ドナーの続柄が親族以外である場合は、「献腎」と記入してください。
3. 実施した医療機関が複数に及ぶ場合は、それぞれの機関の長等により証明を受けてください。

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)

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		印
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		
病院	～	()		
病院	～	()		
病院	～	()		
病院	～	()		
病院	～	()		
	年月日 年月日	経腸栄養法		
病院	～	()		
病院	～	()		
病院	～	()		
病院	～	()		
病院	～	()		

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

中心静脈栄養法症例

	患者性別	年齢	原疾患名	期間	方式	
					集団	単独
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

(別紙)

経腸栄養法症例

	患者性別	年齢	原疾患名	期間	方式	
					集団	単独
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

中心静脈栄養法の症例に関する証明書の記載要領

1. 「医療機関名」欄には、正式名称を記載してください。
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してください。
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とします。
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してください。
※ 中心静脈栄養法を施行した期間については、例えば昭和 61 年 10 月 1 日から同年 11 月 1 日まで行った場合、61. 10. 1～61. 11. 1 のように記載してください。
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（ ）内に再掲してください。
 - (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とします。
 - (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してください。
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でください。
 - (3) 集団管理方式とは、2 人以上のグループの医師団により患者管理をする方式をいい、1 人の主治医が 1 人の患者を継続して管理する方式を単独管理方式といいます。

歯科矯正症例証明書

医療機関名
主たる担当医師名

印

1. 口蓋裂の歯科矯正症例数等

(1) 歯科矯正臨床従事期間

自 年 月
至 年 月 (計 年 か月)

(2) 歯科矯正症例数 件

2. 口蓋裂の歯科矯正症例 (直近5例以上)

	口蓋裂の歯科矯正臨床内容					
	実施した医療機関	実施の年	初診時 年齢	診断名	治療方針	治療経過
症例①		年				
症例②		年				
症例③		年				
症例④		年				
症例⑤		年				

※ 記入上の注意

1. 症例については主として治療した臨床実績を記入してください。
2. 実施した医療機関が複数に及ぶ場合は、それぞれの機関の長等により証明を受けてください。

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7)

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	印
-------	--	--------------	---

●心臓移植後の抗免疫療法

期 間	症 例 数	実 施 医 療 機 関 名	備 考 (国名)
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

●心臓移植術

期 間	症 例 数	実 施 医 療 機 関 名	備 考 (国名)
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

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

心臓移植術後の抗免疫療法に関する証明書の記載要領

(主たる医師)

1. 「医療機関名」欄には、正式名称を記載してください。
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してください。
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してください。
なお、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も、記載して差し支えありません。
4. 「実施医療機関名」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を記載してください。
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ありませんが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に「国名」を記載してください。
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してください。
6. 実施した医療機関が複数に及ぶ場合は、それぞれの機関の長等により証明を受けてください。

(別紙8)

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 医療機関名		連携する 医師名	印
---------------	--	-------------	---

●心臓移植術

期 間	症 例 数	実 施 医 療 機 関 名	備 考 (国名)
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

●心臓移植術後の抗免疫療法

期 間	症 例 数	実 施 医 療 機 関 名	備 考 (国名)
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

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

心臓移植術後の抗免疫療法に関する証明書の記載要領

(連携機関の医師)

1. 「医療機関名」欄には、正式名称を記載してください。
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してください。
3. 「期間」、「症例数」「実施医療機関名」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してください。
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ありませんが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に「国名」を記載してください。
4. 実施した医療機関が複数に及ぶ場合は、それぞれの機関の長等により証明を受けてください。

(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 (主たる医師)

医療機関名		主たる担当 医師名	印
-------	--	--------------	---

●肝臓移植後の抗免疫療法

期 間	症 例 数	実 施 医 療 機 関 名	備 考 (国名)
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

●肝臓移植術

期 間	症 例 数	実 施 医 療 機 関 名	備 考 (国名)
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

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

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する証明書の記載要領

(主たる医師)

1. 「医療機関名」欄には、正式名称を記載してください。
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してください。
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してください。
なお、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又は「特掲診療料の施設基準等」（平成2年厚生労働省告示第63号）で定める生体部分肝移植術に関する施設基準を満たしている施設で肝臓移植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も、記載して差し支えありません。
4. 「実施医療機関名」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を記載してください。
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ありませんが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に「国名」を記載してください。
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してください。
6. 実施した医療機関が複数に及ぶ場合は、それぞれの機関の長等により証明を受けてください。

(別紙10)

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 医療機関名		連携する 医師名	印
---------------	--	-------------	---

●肝臓移植術

期 間	症 例 数	実 施 医 療 機 関 名	備 考 (国名)
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

●肝臓移植術後の抗免疫療法

期 間	症 例 数	実 施 医 療 機 関 名	備 考 (国名)
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

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

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する証明書の記載要領

(連携機関の医師)

1. 「医療機関名」欄には、正式名称を記載してください。
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してください。
3. 「期間」、「症例数」「実施医療機関名」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してください。
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ありませんが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に「国名」を記載してください。
4. 実施した医療機関が複数に及ぶ場合は、それぞれの機関の長等により証明を受けてください。