

病院・新規

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療） 指定申請提出書類（病院・診療所用）

- ① 指定自立支援医療機関指定申請書（様式第47号）
- ② 経歴書（別紙1）
- ③ 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2）
- ④ 臨床実績書（別紙3～14のいずれかを使用）
- ⑤ 医師の免許証の写し（1部）
- ⑥ 施設の見取図（1部）
- ⑦ 開設許可書の写し（1部）
- ⑧ 登記簿謄本の写し（申請者が法人の場合のみ）

※整形外科または形成外科に関する医療を担当しようとする医師の場合は、専門医資格に係る証明書の写しを添付してください。（詳細につきましては、経歴書の注をご覧ください。）

※指定について

審査の上、不備がなければ申請から1ヶ月ほどで指定の決定がされます。

指定年月日は指定が決定した日の属する月の翌月の初日となります。

【問い合わせ・送付先】

〒420-0846 静岡市葵区城東町24-1

静岡市地域リハビリテーション推進センター

電話 054-249-3182 FAX 054-209-0103

様式第 47 号 (第 42 条関係)

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) 指定申請書

(病院・診療所)

保険医療機関	名 称			
	所 在 地			
	医療機関コード			
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
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氏名				
主として担当する医師又は歯科医師の生年月日、住所及び経歴		(別紙 1)	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 2)
自立支援医療を行うための入院設備の定員		人		
<p>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) として指定を受けたいので上記のとおり申請します。</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開設者</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">氏名又は名称</p> <p>(宛先) 静岡市長</p>				

(注) 1 記入要領に基づき作成し、必要な書類を添付してください。

2 様式中の「(育成医療・更生医療)」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。

※連絡先 (必ず記入してください) Tel _____ 担当者 _____

様式第 47 号の記入要領

- 1 「保険医療機関の名称」は、必ず正式名称を記載してください。
- 2 「担当しようとする医療の種類」は、次のうち希望するものを記載してください。
また、臨床実績書は下記のいずれかを提出してください。
 - (1) 眼科に関する医療 (別紙 13・14)
 - (2) 耳鼻咽喉科に関する医療 (別紙 13・14)
 - (3) 口腔に関する医療 (別紙 13・14)
 - (4) 整形外科に関する医療 (別紙 13・14)
 - (5) 形成外科に関する医療 (別紙 13・14)
 - (6) 神経内科・小児神経科・神経科に関する医療 (別紙 13・14)
 - (7) 脳神経外科に関する医療 (別紙 13・14)
 - (8) 心臓血管外科に関する医療 (別紙 3)
 - (9) 心臓移植に関する医療 (別紙 9・10)
 - (10) 腎臓に関する医療 (別紙 4)
 - (11) 腎移植に関する医療 (別紙 5)
 - (12) 小腸に関する医療 (別紙 6)
 - (13) 肝臓移植に関する医療 (別紙 11・12)
 - (14) 歯科矯正に関する医療 (別紙 7)
 - (15) 免疫に関する医療 (別紙 8)
- 3 「主として担当する医師又は歯科医師の氏名」は、医療の種類毎に記載してください。
- 4 「自立支援医療を行うための入院設備の定員」は、医療の種類毎に記載してください。
- 5 経歴書(別紙 1)の「関係学会加入状況」は、加入している学会名及び学会における必要な記録を記載してください。
- 6 経歴書(別紙 1)の「専門医資格の有無」については、「広告が可能な医師及び歯科医師の専門性に関する資格名等について」(平成 14 年 7 月 17 日医政総発第 0717001 号医政局総務課長通知)により広告することができる専門医の資格について記載し、「その他資格」欄には専門医資格以外について記載してください。
- 7 経歴書(別紙 1)「1 職務に関する経歴」の「任免等事項」及び「職務名、職務内容等」は、次の点に留意し、記載してください。
 - (1) 医師免許証の写しを添付してください。
 - (2) 病院研究機関等医師又は歯科医師が勤務し又は研究等のため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してください。
(例えば、〇〇医科大学眼科学教室又は〇〇病院眼科のように記載し、〇〇医科大学、〇〇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)を明確に記載してください。
 - (4) 非常勤職員については、1 ヶ月又は 1 週間あたりの勤務日数、延時間数を明確に記載してください。
 - (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又は利用状況等を具体的に記入してください。
(〇〇医科大学整形外科週 4 日(延〇時間勤務)、〇〇病院週 2 日(延〇時間勤務)等)

(6) 大学院については、専門コースを明確に記載してください。

(例えば、〇〇医科大学大学院医学研究科整形外科学教室等)

- 8 経歴書(別紙1)「2 研究に関する経歴」の「研究に関する事項」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、実習等)期間、従事日数(1ヶ月又は1週間あたり)を記載してください。
- 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(別紙2)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。

(誓約項目)

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3項で準用する同法第36条第3項各号(第1号から第3号まで及び第7号を除く)に該当しないことを誓約すること。

1 第4号関係

申請者が禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

2 第5号関係

申請者が、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その他の法律(児童福祉法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、薬事法、薬剤師法、介護保険法)で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

3 第5号の2関係

申請者が、労働に関する法律(労働基準法、最低賃金法、賃金の支払の確保等に関する法律)で定める規定により罰金の刑に処せられ、その執行が終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

4 第6号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定を取り消され、その取消の日から起算して5年を経過していない。

(1) 指定を取り消された者が法人である場合

取消しの処分に係る行政手続法(平成5年法律第88号)第15条の規定による通知があった日前60日以内に法人の役員又は医療機関の管理者(以下「役員等」という。)であった者で、取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。

(2) 指定を取り消された者が法人でない場合

取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該者の管理者であった者で取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。

5 第8号関係

申請者が、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の規定により指定自立支援医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知日から処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に指定自立支援医療機関の指定を辞退の申出をした者(指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、申出の日から起算して5年を経過していない。

6 第9号関係

申請者が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の規定による検査が行

われた日から聴聞決定予定日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者(指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、申出の日から起算して5年を経過していない。

7 第10号関係

第8号に規定する期間内に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、第8号の通知の日前60日以内にその申出に係る法人(指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又はその申出に係る法人でない者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)の管理者であった者で、申出の日から起算して5年を経過していない。

8 第11号関係

申請者が、指定の申請前5年以内に自立支援医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

9 第12号関係

申請者が、法人で、その役員等のうちに第4号から第11号までのいずれかに該当する。

10 第13号関係

申請者が、法人でない者で、その管理者が第4号から第11号までのいずれかに該当する。

(別紙1)

経 歴 書

<主として担当する医師又は歯科医師>

ふりがな 氏名		生年月日	
現住所			
最終学歴		卒業年月	
医師免許取得年月日		医籍登録番号	
関係学会 加入状況			
専門医資格 の有無	有・無	専門医資格の内容 (取得年月日)	
学位の有無	有・無	学位の内容	
その他の資格 (取得年月日)			
1 職務に 関する 経歴	年 月 日	任免等事項	職務名、職務内容等

経 歴 書

<主として担当する医師又は歯科医師> (続き)

2 研 究 に 関 す る 経 歴	年 月 日	研究に関する事項	学位論文名又は学会に提出した論文名、 発表演題名

(注) 1 医師免許証の写を添付してください。

2 整形外科又は形成外科に関する医療を担当しようとする医師の場合は、専門医資格（「広告が可能な医師及び歯科医師の専門性に関する資格名等について」（平成14年7月17日医政総発第0717001号医政局総務課長通知）により広告することができる専門医の資格）に係る**証明書の写しを添付してください。**

3 心臓血管外科に関する医療は（別紙3）により、腎臓に関する医療は（別紙4）により、腎移植に関する医療は（別紙5）により、小腸に関する医療は（別紙6）により、歯科矯正に関する医療は（別紙7）により、免疫に関する医療は（別紙8）により、心臓移植に関する医療は（別紙9, 10）により、肝臓移植に関する医療は（別紙11, 12）、その他の医療については（別紙13, 14）により、それぞれ臨床実績等に関する資料を添付してください。

(別紙2)

自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要

医療機関名				
	品目	数量	品目	数量
設備 (主なもの)				
	体制			
		設置職種	人数	
カウンセリング 実施体制				

(注) 設備・体制の状況がわかる施設の見取図を添付し、寸法を表記してください。

(別紙4)

人工透析に関する専門研修実績・臨床実績

医療機関名
氏 名

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 (実人数)	医療機関名等
年 月～ 年 月	人	
年 月～ 年 月	人	
年 月～ 年 月	人	
年 月～ 年 月	人	
年 月～ 年 月	人	

3 透析療法従事職員研修受講の有無

(1) 有 (年度研修)

(2) 無

(別紙6に関する記入要領)

- 1 「医療機関名」欄には、必ず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」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、規定の症例数（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、所定の欄に再掲すること。
 - (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 日以上のも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 7)

歯科矯正に関する臨床実績

医療機関名		主たる担当医師名		
主たる担当医師の口蓋裂の歯科矯正 症例数				
主たる 担当 医師の 具体的 な口蓋 裂の 歯科 矯正 症例	手術日	患者生年月日	性別	住所（市町村名）
(注) 5 症例以上記入してください。				

(別紙8)

H I Vに関する医療の臨床実績

医療機関名				主たる担当医師名	
主たる担当医師の当該医療に係る臨床症例数				H I V感染者	
				エイズ患者	
臨床症例数の内訳	区分	診断	治療	カウンセリング	
	H I V感染者				
	エイズ患者				

(注) H I V感染者とエイズ患者の症例数の積算については、相互の重複を認めます。

(別紙9)

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		
期 間		症例数	実施医療機関名	備考
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月			心臓移植術 病院 HP	()
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月			心臓移植術後の抗免疫療法 病院 HP	()
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

氏 名

(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10)

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	備考
年 月～	年 月		心臓移植術後の抗免疫療法	
年 月～	年 月		病院	
年 月～	年 月		病院	
年 月～	年 月		HP	()
年 月～	年 月		心臓移植術	
年 月～	年 月		病院	
年 月～	年 月		HP	()

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関

氏 名

(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 1 1)

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	
期 間	症例数	実施医療機関名	備考
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		肝臓移植術 病院 HP	()
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		肝臓移植術後の抗免疫療法 病院 HP	()
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

氏 名

(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 1 2)

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	備考
年 月～ 年 月		肝臓移植術後の抗免疫療法 病院	
年 月～ 年 月		病院	
年 月～ 年 月		H P	()
年 月～ 年 月		肝臓移植術 病院	
年 月～ 年 月		H P	()

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関

氏 名

(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 13)

当該医療に関する臨床実績 (その他の医療)

医療機関名		主たる担当医師名	
主たる担当医師の当該医療に係る臨床 症例数			
臨床 症 例 数 の 内 訳	臨床区分	実施期間	症例数

(注) 本様式は、心臓血管外科に関する医療、心臓移植に関する医療、腎臓に関する医療、腎移植に関する医療、小腸に関する医療、肝臓移植に関する医療、歯科矯正に関する医療及び免疫に関する医療以外に関して、主として担当する医師の臨床実績について記載してください。

(別紙 1 4)

当該医療に関する臨床実績 (その他の医療)

連携する 医療機関名		連携する医師名	
連携する医師の当該医療に係る臨床症例数			
臨床 症 例 数 の 内 訳	臨床区分	実施期間	症例数

(注) 本様式は、心臓血管外科に関する医療、心臓移植に関する医療、腎臓に関する医療、腎移植に関する医療、小腸に関する医療、肝臓移植に関する医療、歯科矯正に関する医療及び免疫に関する医療以外に関して、連携する医師の臨床実績について記載してください

記入例

育成医療、更生医療のどちらか一方の指定を希望しない場合は、その医療を二重線で消去してください。

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定申請書
(病院・診療所)

保険医療機関	名称	△△△△病院		
	所在地	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 静岡県〇〇区〇〇町〇番〇号 電話054 - 123 - 4567		
	医療機関コード	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		
開設者	住所	静岡県〇〇区〇〇町〇番〇号		
	氏名又は名称	医療法人□□□□ 理事長 静岡 太郎		
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	職名	理事長
標榜している診療科目	整形外科・リハビリテーション科			担当しようとする医療の種類に関する診療科目を記入してください。
担当しようとする医療の種類	整形外科に関する医療			担当しようとする医療の種類ごとに申請書を作成してください。
主として担当する医師又は歯科医師の氏名	駿河 次郎			
主として担当する医師又は歯科医師の生年月日、住所及び経歴	(別紙1)	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2)
自立支援医療を行うための入院設備の定員	人			
<p>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)として指定を受けたいので上記の通り申請します。</p> <p>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。</p> <p>〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: center;">開設者</p> <p style="text-align: center;">住所 静岡県〇〇区〇〇町〇番〇号</p> <p style="text-align: center;">氏名又は名称 医療法人□□□□ 理事長 静岡 太郎</p> <p>(宛先)静岡市長</p>				

担当しようとする医療の種類ごとの定員を記載してください。

- (注) 1 記入要領に基づき作成し、必要な書類を添付してください。
- 2 様式中の「(育成医療・更生医療)」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。
- 3 変更事項がある場合は、変更事項届出書(様式 54 号)を提出してください。

※連絡先(必ず記入してください) Tel 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 担当者 〇〇 〇〇

(別紙1)

経 歴 書

<主として担当する医師又は歯科医師>

フリガナ 氏名	するが じろう 駿河 次郎	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
現住所	静岡市〇〇区〇〇町〇番〇号		
最終学歴	〇〇〇大学 医学部	卒業年月	平成〇年〇月
医師免許取得年月日	平成〇年〇月〇日	医籍登録番号	第〇〇〇〇〇〇号
関係学会 加入状況	日本整形外科学会 日本リハビリテーション医学会		
専門医資格 の有無	①・無	専門医資格の内容 (取得年月日)	整形外科専門医 (平成〇年〇月〇日) リハビリテーション科専門医 (平成〇年〇月〇日)
学位の有無	①・無	学位の内容	〇〇〇〇博士
その他の資格 (取得年月日)		〇〇学会××病医認定 (平成〇年〇月〇日)	
1 職務 に 関 す る 経 歴	年 月 日	任免等事項	職務名、職務内容等
	平成 〇年4月1日 〇年3月31日		〇〇大学附属病院 整形外科 研修医
	〇年4月1日 〇年3月31日	入職 退職	〇〇大学附属病院 整形外科 医員
	〇年4月1日 〇年3月31日	入職 退職	〇〇総合病院 (△△県) 整形外科 医員
	〇年4月1日 〇〇年10月31日	入職 退職	〇〇大学附属病院 整形外科 助手 (週1日 8時間勤務)
	〇〇年4月1日 〇〇年10月31日	入職 退職	〇〇中央病院 整形外科 医員 (週4日 延16時間勤務)
	〇〇年11月1日 〇〇年4月1日 現在に至る	入職 昇任	〇〇病院 整形外科 医長 同 科長

経 歴 書

<主として担当する医師又は歯科医師> (続き)

	年 月 日	研究に関する事項	学位論文名又は学会に提出した論文名、発表演題名
2 研究 に 関 する 経 歴	平成〇年〇月 ～平成〇年〇月	〇〇大学医学部整形外 科学教室 教授△△△ △ 「〇〇〇〇について」 〔 〇〇月間 週〇日〇〇時間 〕	主論文「〇〇〇〇〇」 副論文「〇〇〇〇〇」
	平成〇〇年〇月 ・ ・ ・	〇〇〇〇学会誌 ・ ・ ・ ・	「〇〇〇〇〇〇症の治療例」 ・ ・ ・

- (注) 1 医師免許証の写を添付してください。
- 2 整形外科又は形成外科に関する医療を担当しようとする医師の場合は、専門医資格(「広告が可能な医師及び歯科医師の専門性に関する資格名等について」(平成14年7月17日医政総発第0717001号医政局総務課長通知)により広告することができる専門医の資格)に係る**証明書の写し**を添付してください。
- 3 心臓血管外科に関する医療は(別紙3)により、腎臓に関する医療は(別紙4)により、腎移植に関する医療は(別紙5)により、小腸に関する医療は(別紙6)により、歯科矯正に関する医療は(別紙7)により、免疫に関する医療は(別紙8)により、心臓移植に関する医療は(別紙9, 10)により、肝臓移植に関する医療は(別紙11, 12)、その他の医療については(別紙13, 14)により、それぞれ臨床実績等に関する資料を添付してください。

(別紙2)

自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要

医療機関名	△△△△病院			
	品目	数量	品目	数量
設備 (主なもの)	手術室 (クリーンルーム)	1		
	CT	1		
	MR I	1		
	けん引手術台	1		
	骨接合器械セット	1		
	平行棒 (3.5m)	2		
	電気治療器	2		
	X線			
体制	医師 (常勤) 3名 (非常勤) 1名 理学療法士 (常勤) 4名 作業療法士 (常勤) 1名 理学療法スペース 〇〇.〇㎡ 作業療法スペース 〇〇.〇㎡			
		設置職種		人数
	カウンセリング 実施体制	医療ソーシャルワーカー		2名

(注) 設備・体制の状況がわかる施設の見取図を添付し、寸法を表記してください。

(別紙13)

当該医療に関する臨床実績（その他の医療）

医療機関名	△△△△病院	主たる担当医師名	駿河 次郎
主たる担当医師の当該医療に係る臨床症例数		145 症例	
臨床症例数の内訳	臨床区分	実施期間	症例数
	人工膝関節置換術	平成〇年〇月～平成〇年〇月	50
	切断端形成術（指）	平成〇年〇月～平成〇年〇月	15
	・	・	・
	・	・	・

（注） 本様式は、心臓血管外科に関する医療、腎臓に関する医療、腎移植に関する医療、小腸に関する医療、歯科矯正に関する医療及び免疫に関する医療以外の医療に関して、主として担当する医師の臨床実績について記載してください。

(別紙9)

当該医療に関する臨床実績（その他の医療）

医療機関名	△△△△病院	主たる担当医師名	駿河 次郎
主たる担当医師の当該医療に係る臨床症例数		〇〇症例	
臨床症例数の内訳	臨床区分	実施期間	症例数
	生体部分肝移植術	平成〇年〇月～平成〇年〇月	〇〇
	同種死体肝移植術	平成〇年〇月～平成〇年〇月	〇〇
	抗免疫療法	平成〇年〇月～平成〇年〇月	〇〇
	.	.	.

(注) 本様式は、心臓血管外科に関する医療、腎臓に関する医療、腎移植に関する医療、小腸に関する医療、歯科矯正に関する医療、免疫に関する医療以外に関して、主として担当する医師の臨床実績について記載してください。