

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療） 変更事項届出書提出書類（病院・診療所用）

指定自立支援医療機関変更事項届出書申請書（様式第54号）に以下の必要書類を添付してください。

- ① 指定医療機関の名称の変更
登記事項証明書（登記簿謄本の写しでも可）又は設置許可証の写し
- ② 指定医療機関の所在地の変更
必要な設備体制の概要（別紙2）、施設の見取図
- ③ 開設者の住所及び氏名又は名称の変更
登記事項証明書（登記簿謄本の写しでも可）
- ④ 標榜している診療科目の変更
設置許可証の写し
- ⑤ 医師若しくは歯科医師の氏名及び経歴の変更
経歴書（別紙1）、臨床実績書（別紙3～14のいずれかを使用）、医師の免許証の写し
- ⑥ 必要な設備体制の概要の変更
必要な設備体制の概要（別紙2）

医療機関コードが変わる場合は、新しい医療機関コードの写しを添付してください。

【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

1 医療機関の所在地及び名称

- (1) 所在地
- (2) 名称

2 変更事項（該当するものを○で囲むこと。）

- (1) 指定医療機関の名称又は所在地の変更
- (2) 開設者の住所及び氏名又は名称の変更
- (3) 標榜している診療科目の変更
- (4) 主として担当する医師若しくは歯科医師又は薬剤師の氏名及び経歴の変更
- (5) 育成医療・更生医療を行うために必要な設備体制の概要の変更
- (6) その他

3 変更内容

変更前	変更後	備考（理由、変更年月日）
		変更理由 変更年月日 年 月 日

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条の規定に基づき上記のとおり届け出ます。

年 月 日

開設者又は指定訪問看護事業者等の
住所（法人にあっては、所在地）

氏名（法人にあっては、名称）

（宛先）静岡市長

（注）（1）（所在地の変更を除く。）、（2）又は（3）の変更にあつては登記事項証明書又は設置許可証の写しを、（4）の変更にあつては経歴書に関する様式及び必要な添付資料を、（1）（所在地の変更に限る。）又は（5）の変更にあつては設備及び体制の概要に関する様式を添付すること。

様式第 54 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 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。
- 3 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。
- 4 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)
- 5 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。
- 6 「臨床実績書」は、以下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 1 3・1 4）
 - (2) 耳鼻咽喉科に関する医療（別紙 1 3・1 4）
 - (3) 口腔に関する医療（別紙 1 3・1 4）
 - (4) 整形外科に関する医療（別紙 1 3・1 4）
 - (5) 形成外科に関する医療（別紙 1 3・1 4）
 - (6) 神経内科・小児神経科・神経科に関する医療（別紙 1 3・1 4）
 - (7) 脳神経外科に関する医療（別紙 1 3・1 4）
 - (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)

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。

(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)

	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			

- (注)
- 1 医師免許証の写し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				
設 備 (主なもの)	品 目	数 量	品 目	数 量
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)

中心静脈栄養法等に関する臨床実績

医療機関名		主たる担当 医師名		
主たる担当医師の中心静脈栄養法症例数	医療機関名	期 間	中心静脈栄養法症例数	備考
		年月日 年月日 ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～	うち在宅中心静脈栄養法症例数	
主たる担当医師の経腸栄養法症例数	医療機関名	期 間	経腸栄養法症例数	備考
		年月日 年月日 ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～ ～		

(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 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		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			心臓移植術 病院 HP	()
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 病院	
年 月～ 年 月		病院	
年 月～ 年 月		HP	()
年 月～ 年 月		心臓移植術 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12)

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		HP	()
年 月～ 年 月		肝臓移植術 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、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14)

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

様式第 54 号（第 44 条関係）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更事項届出書

1 医療機関の所在地及び名称

- (1) 所在地 静岡市〇〇区〇〇町〇番〇号
- (2) 名称 〇〇病院

2 変更事項（該当するものを○で囲むこと。）

- (1) 指定医療機関の名称又は所在地の変更
- (2) 開設者の住所及び氏名又は名称の変更
- (3) 標榜している診療科目の変更
- (4)** 主として担当する医師若しくは歯科医師又は薬剤師の氏名及び経歴の変更
- (5) 育成医療・更生医療を行うために必要な設備体制の概要の変更
- (6) その他

3 変更内容

変更前	変更後	備考（理由、変更年月日）
葵 三郎	駿河 次郎	変更理由 人事異動に伴う変更 変更年月日 〇〇年〇〇月〇〇日

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条の規定に基づき上記のとおり届け出ます。

〇〇年〇〇月〇〇日

開設者又は指定訪問看護事業者等の
住所（法人にあっては、所在地）
静岡市〇〇区〇〇町〇番〇号

氏名（法人にあっては、名称）
医療法人 □□□□
理事長 静岡 太郎

（宛先）静岡市長

（注）（1）（所在地の変更を除く。）、（2）又は（3）の変更にあつては登記事項証明書又は設置許可証の写しを、（4）の変更にあつては経歴書に関する様式及び必要な添付資料を、（1）（所在地の変更に限る。）又は（5）の変更にあつては設備及び体制の概要に関する様式を添付すること。

※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>

ふりがな 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	<input checked="" type="checkbox"/> ・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	<input checked="" type="checkbox"/> ・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 医師免許証の写し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、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			
設 備 (主なもの)	品 目	数 量	品 目	数 量
	手術室 (クリーンルーム)	1		
	C T	1		
	M R I	1		
	けん引手術台	1		
	骨接合器械セット	1		
	平行棒 (3. 5 m)	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㎡			
	カウンセリング 実施体制	設置職種		人 数
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。