

別紙1

経歴書

学位		ふりがな 氏名			生年月日	
現住所						
関係学会 加入状況				腎移植に関する臨 床実績	口蓋裂歯科矯正 症例	
			医療機関名			
			年月日			
症例数						
年月日	任命事項	師事した指導者の氏名、学位論文又は学会に提出した論文名				

(別紙1記載要領)

- 1 「学位」は、専門科目に関する学位の有無を記載すること。
- 2 「関係学会加入状況」は、加入している学会及び学会における制度上の資格等（認定医、指導医等）を記載し、その証明（認定医写し等）を添付すること。
- 3 「任命事項」は、最終学歴から現在に至るまでを詳細に記載すること。
 - (1) 医師又は歯科医師の免許取得時期を明記し、医師又は歯科医師の免許証の写しを添付すること。
 - (2) 病院、研究期間等医師又は歯科医師が勤務又は研究等のために利用した施設については、関係した専門科名まで必ず記載すること（例えば○○医科大学眼科学教授室又は○○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か月又は1週間あたりの勤務日数及び延時間数を明確に記載すること。
 - (5) 2以上の病院に勤務する等の場合は、それぞれの施設における勤務条件等を具体的に記載すること。（例えば○○医科大学整形外科週4日（延○時間勤務）、○○病院整形外科週○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等）。
- 4 学位論文又は学会に提出した論文で担当しようとする医療の種類に関連するものがあれば、その主なものについて論文名、提出年月日を記載すること。
- 5 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か月又は1週間あたり）、その他研究態様を明らかにするために必要な事項について、指導した主任教授の証明書（別紙1の2）を添付すること。
この場合において、研究とは、講義の受講、臨床的研究、理論的研究、実習等をいうものであること。
- 6 腎臓に関する医療を担当しようとする場合は、人工透析に関する専門研修・臨床実績についての医療機関の長又は大学の教授の証明書（別紙1の3）を添付すること。
- 7 腎移植に関する医療を担当しようとする場合は、腎移植に関する移植症例（医療機関名、年月日及び症例数）を記載すること。
- 8 小腸に関する医療を担当しようとする場合は、中心静脈栄養法を担当した医療機関の長又は大学の教授の証明する「中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書」（別紙1の4）を添付すること。
- 9 歯科矯正に関する医療を担当しようとする場合には、口蓋裂の歯科矯正症例（医療機関名、年月日及び症例数）を記載すること。
- 10 心臓移植に関する医療のうち心臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合は、心臓移植術後の抗免疫療法を担当した医療機関の長又は大学の教授の証明する「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）」（別紙1の5）又は「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）」（別紙1の6）を添付すること。
- 11 肝臓移植に関する医療のうち肝臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合は、肝臓移植術後の抗免疫療法を担当した医療機関の長又は大学の教授の証明する「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）」（別紙1の7）又は「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）」（別紙1の8）を添付すること

別紙1の2

研究内容に関する証明書

医療機関名
氏 名

1 研究テーマ

2 研究の期間等

(1) 教室における臨床実習

自 年 月 日
至 年 月 日] 月間 (1週 日 時間)

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自 年 月 日
至 年 月 日] 月間 (1週 日 時間)

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

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

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

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			
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

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			
		～				
		～				
		～				
患者性別	年齢	期間	患者性別	年齢	期間	
主たる担当医師の中心静脈栄養法症例			経腸栄養法症例			

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

(別紙1の4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 症例数を記載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1の5

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		心臓移植後の抗免疫療法 病院	(国名)
年 月～ 年 月		病院	
年 月～ 年 月		病院	
年 月～ 年 月		病院	
		心臓移植術	(国名)
年 月～ 年 月		病院	
年 月～ 年 月		病院	
年 月～ 年 月		病院	
年 月～ 年 月		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

(別紙 1 の 5 の記載要領)

- 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の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）

所属する 医療機関名			連携する 医師名	
期 間	症例数	実施医療機関名等		備考
年 月～ 年 月		心臓移植術		(国名)
年 月～ 年 月		病院		病院
年 月～ 年 月		病院		病院
年 月～ 年 月		心臓移植術後の抗免疫療法		(国名)
年 月～ 年 月		病院		病院
年 月～ 年 月		病院		病院
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

(別紙 1 の 6 の記載要領)

- 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」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1の7

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		肝臓移植後の抗免疫療法 病院	(国名)
年 月～ 年 月		病院	
年 月～ 年 月		病院	
年 月～ 年 月		病院	
		肝臓移植術	(国名)
年 月～ 年 月		病院	
年 月～ 年 月		病院	
年 月～ 年 月		病院	
年 月～ 年 月		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

(別紙1の7の記載要領)

- 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1の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）

所属する 医療機関名			連携する 医師名	
期 間	症例数	実施医療機関名等		備考
年 月～ 年 月		肝臓移植術		(国名)
年 月～ 年 月		病院		病院
年 月～ 年 月		病院		病院
年 月～ 年 月		肝臓移植術後の抗免疫療法		(国名)
年 月～ 年 月		病院		病院
年 月～ 年 月		病院		病院
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

(別紙 1 の 8 の記載要領)

- 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」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2

自立支援医療を行うため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				

(別紙2記載要領)

1 「設備」は、以下の医療の種類について必ず記入すること。

- (1) 「心臓血管外科に関する医療」にあっては、心血管連続撮影装置及び心臓カテーテルの設備
- (2) 「腎臓に関する医療」にあっては、血液浄化療法に関する機器並びに専用スペース
- (3) 「腎移植に関する医療」にあっては、腎移植に必要な関連機器と血液浄化装置（機器）

2 「体制」は、当該医療の種類について、主として担当する医師のほかに、担当する医師その他の職員の有無（人數）等を記載すること。特に、「腎移植に関する医療」を担当しようとする医療機関においては、腎移植専従医師の人数を記載すること。