

小児慢性特定疾病指定医育成研修修了証交付依頼書

令和 年 月 日

(宛先) 新潟市長

指定医名 (自署又は記名押印) 印

指定医番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

本研修を受講しましたので、研修修了証の交付を依頼します。また、依頼にあたり、下記資料を読了し、理解したことを誓約します。

資料	下表に示す資料読了後、確認欄に✓をつけてください <u>(※✓が無い場合は、研修を終了したと認められない場合があります。)</u>	確認欄
小児慢性特定疾病情報センターのホームページ上でご確認ください	日医総研ワーキングペーパー「新たな小児慢性特定疾病対策の概説第2版平成27年1月改正児童福祉法の施行を受けて」	
	小児慢性特定疾病指定医研修資料「対象疾病の概況第1版」のうち、医療意見書作成を予定する部分	
	医療意見書作成 予定の疾患群に ✓をつけてください	<input type="checkbox"/> 悪性新生物 <input type="checkbox"/> 慢性腎疾患 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 慢性心疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 先天性代謝異常 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 免疫疾患 <input type="checkbox"/> 神経・筋疾患 <input type="checkbox"/> 慢性消化器疾患 <input type="checkbox"/> 染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 骨系統疾患 <input type="checkbox"/> 脈管系疾患
新潟市のホームページ上でご確認ください	新潟市からの注意事項1「小児慢性特定疾病医療費助成制度について」	
	新潟市からの注意事項2「医療意見書の作成について」	

次の1～3の質問について、○か×で回答してください。

(※不正解・無回答がある場合は、研修を終了したと認められない場合があります。)

- 小児慢性特定疾病指定医が、現在指定を受けている自治体とは別の都道府県、指定都市又は中核市に所在する病院に勤務して医療意見書を作成する場合、新たに勤務する病院が所在する自治体での指定申請が必要になる。 【参照 日医総研ワーキングペーパーP25】
(答え)
- 小児慢性特定疾病医療費助成制度の認定については、対象疾病であってもそれぞれの疾病ごとに厚生労働省が告示する「対象疾病」と「状態の程度」の該当性を要件としている。 【参照 日医総研ワーキングペーパーP11】
(答え)
- 医療意見書の現状評価欄の「重症患者認定基準に該当する」場合とは、高額な治療を長期間にわたり継続する者又は療養に係る負担が特に重い者として、厚生労働大臣が定める基準に該当する場合である。 【参照 対象疾病の概況 参考資料2】
(答え)