

変更届出用

指定自立支援医療機関変更届出書等記入要領（病院・診療所用）

I 担当する医療種類の変更等

次の重要な変更がある場合には、新規申請扱いとなりますので、ご注意ください。詳しくは、「新規申請用」の記入要領にしたがって記載してください。

なお、浜松市社会福祉審議会の審査により承認を受けなければなりません。

| 提出書類 変更事項 | 申請書 | 別紙 1 | 別紙 2 | 別紙 3 | 別紙 4 | 別紙 5 | 別紙 6 | 別紙 7 | 別紙 8 | 別紙 9 | 別紙 20 | 別紙 21 | 別紙 22 | 別紙 23 |
|-----------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|
| 担当する医療の種類の変更・追加 | ○ | ○ | ○ | ○ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ |
| 移転による所在地の変更 | ○ | ○ | ○ | ○ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ |
| 開設者(代表者)の変更 | ○ | ○ | ○ | ○ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ |

II 主として担当する医師の変更

主として担当する医師又は歯科医師に変更があるときは、変更届出書を提出してください。

また、変更後の医師が携わる担当医療ごとに、下記の書類が必要となります。

なお、浜松市社会福祉審議会の審査により承認を受けなければなりません。指定基準に該当しない場合には、他の医師に変更をお願いすることがあります。他の医師に変更することが困難な場合は、指定の取消しとなりますのでご注意ください。

| 提出書類 変更事項 | 変更届 | 別紙 1 | 別紙 3 | 別紙 4 | 別紙 5 | 別紙 6 | 別紙 7 | 別紙 8 | 別紙 9 | 別紙 20 | 別紙 21 | 別紙 22 | 別紙 23 |
|--------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|
| 担当する医師又は歯科医師 | ○ | ○ | ○ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ |

◆ 別紙4 腎臓に関する医療のみ添付

◆ 別紙5 小腸に関する医療のみ添付

◆ 別紙6又は別紙7

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のみ添付

◆ 別紙8又は別紙9

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のみ添付

◆ 別紙20 心臓移植に関する医療のみ添付

◆ 別紙21 腎移植に関する医療のみ添付

◆ 別紙22 肝臓移植に関する医療のみ添付

◆ 別紙23 歯科矯正に関する医療のみ添付

1 変更届出書（第4号様式）

- (1) 「指定自立支援医療機関」の名称は、正式名称を記載してください。
- (2) 「変更内容」は、変更する前後の医師氏名と担当医療をそれぞれ記載してください。

2 経歴書（別紙1）

- (1) 「学位」は、専門科目に関する学位の有無を記入してください。
- (2) 「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) 「任免事項」は、次の点に留意して記載してください。
 - ア 医療免許取得時期を明記し、医師免許証の写し（A4サイズ）を添付してください。
 - イ 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てください。）
 - ウ 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。
 - エ 非常勤職員としての勤務の場合は、1ヵ月又は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。
 - オ 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。
（例えば、〇〇医科大学整形外科週4日（延〇〇時間勤務）、〇〇病院週2日（延〇〇時間勤務新規申請用務）等）
 - カ 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学科学教室等）
- (4) 学位論文又は学会に提出した論文で、更正医療（育成医療）の種類に関連するものがあれば、師事した指導者の氏名、論文名及び提出年月日を記載してください。また、関係学会の加入を証明するもの（A4サイズ）を添付してください。
- (5) 担当しようとする医師の資格要件については、「浜松市指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領」別表2に記載されていますので、申請内容について確認してください。

3 研究内容に関する証明書（別紙3）

主として担当する医師又は歯科医師に関し、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、理論的研究、実習等）期間、従事日数（1週間当たり）、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）を記載の上、主任教授等による証明をお願いします。

4 人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書（別紙4）

この書類は、腎臓に関する医療を担当しようとする場合のみ添付してください。

5 中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書（別紙5）

この書類は、小腸に関する医療を担当しようとする場合のみ添付してください。

- (1) 「医療機関名」は、正式名称を記載してください。
- (2) 「医師氏名」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してください。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。
- (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数を再掲してください。
 - 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、症例と数えて構いません。
 - 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。

6 心臓移植症例申立書（別紙20）

心臓移植に関する医療を担当しようとする場合のみ添付してください。

心臓移植関連学会協議会・施設認定審議会の施設認定基準に該当する心臓移植に関する直近の症例を記載してください。

7 主として担当する医師の心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（別紙6）又は連携機関の医師の心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（別紙7）

この書類は、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のみ添付してください。

- (1) 「医療機関名」は、正式名称を記載してください。
- (2) 「医師氏名」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、「連携する医師氏名」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」、「実施医療機関名等」は、記載した医師が、これまでに心臓移植術又は心臓移植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、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、備考欄に国名についても記載してください。

8 腎移植症例申立書（別紙21）

腎移植に関する医療を担当しようとする場合のみ添付してください。

腎移植に関する臨床実績の直近の3症例を記載してください。

9 肝臓移植症例申立書（別紙22）

肝臓移植に関する医療を担当しようとする場合のみ添付してください。

生体部分肝移植術又は同種死体肝移植術に関する臨床実績の直近の3症例を記載してください。

10 主として担当する医師の肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（別紙8）又は 連携機関の医師の肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（別紙9）

この書類は、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のみ添付してください。

- (1) 「医療機関名」は、正式名称を記載してください。
- (2) 「医師氏名」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、「連携する医師氏名」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」、「実施医療機関名等」は、記載した医師が、これまでに肝臓移植術又は肝臓移植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、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、備考欄に国名についても記載してください。

11 歯科矯正症例申立書（別紙23）

歯科矯正に関する医療を担当しようとする場合のみ添付してください。

これまでの研究内容と口蓋裂の歯科矯正の臨床内容とに関連が認められる直近の5症例を記載してください。

Ⅲ その他の変更

次の変更がある場合は、直ちに変更届出を提出してください。

| 変更事項 | 変更届 | 別紙 2 |
|-------------------------------|-----|---------|
| 名称・所在地(移転の場合を除く。(例)住居表示による変更) | ○ | |
| 開設者(代表者)の住所・氏名(名称)・生年月日・職名 | ○ | |
| 保険医療機関である旨 | ○ | |
| 標榜している診療科名(担当医療の種類に関するもの) | ○ | |
| 自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要 | ○ | ○ |
| 患者を入院する施設の有無(有する場合はその入院定員) | ○ | |

1 変更届出書（第4号様式）

- （1）「指定自立支援医療機関」の名称は、正式名称を記載してください。

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（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に変更がある場合に提出してください。

- （1）担当しようとする医療の種類に必要とされているものについて記載してください。特に必要とされているものについては必ず記載してください。
- （2）特に必要とされる医療機関の設備及び体制の内容については、「浜松市指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領」別表1に記載されていますので、記入内容について確認してください。
- （3）設備の設置場所が分かるように建物、設備の見取図又は平面図を添付してください。
- （4）体制については、当該医療の種類について、主として担当する医師の他にその他の職員の有無（人数）等を記載してください。