

(別紙1 - 2)

担当医の業績及び学会報告

年 月 日	業 績 及 び 報 告

(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				
現在いる医師の数				
現在いる看護師の数				

備考 各医療を行うために必要な設備及び体制を記載することとし、特に必要とするものについては必ず記載すること。

研究内容に関する証明書

医療機関名
氏 名

印

1 研究テーマ

2 研究の内容別期間等

(1) 教室における臨床実習

自	年	月	日	}	月間	(1週	日	時間)
至	年	月	日					

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自	年	月	日	}	月間	(1週	日	時間)
至	年	月	日					

3 その他の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

印

(別紙3)

研究内容に関する証明書（記載例）

医療機関名 市立 ○○ 病院
氏 名 △△ △ 印

1 研究テーマ 変形性膝関節症の組織学的研究

2 研究の内容別期間等

(1) 教室における臨床実習

自 平成 ○年 1月 1日 } 6 月間 (1週 6日 44時間)
至 平成 ○年 6月 30日 }

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自 平成 ○年 7月 1日 } 11 月間 (1週 6日 44時間)
至 平成 ○年 5月 31日 }

3 その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文 変形性膝関節症の組織学的研究

副論文 脊髄硬膜外肉芽種の1治療例
小児に発生したpancoast腫瘍の1例
足関節固定術の経過的観察

上記のとおり相違ないことを証明する。

○○年 ○月 ○日

大学名 ○○大学医学部教授
氏 名 △△ △ 印

(別紙4)

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

印

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	人	回	
年 月 ~ 年 月	人	回	
年 月 ~ 年 月	人	回	
年 月 ~ 年 月	人	回	

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

印

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

【中心静脈栄養法】

医療機関名	期 間	症 例 数	備 考
	年 月 日 ~ 年 月 日	()	
	年 月 日 ~ 年 月 日	()	
	年 月 日 ~ 年 月 日	()	
	年 月 日 ~ 年 月 日	()	
	年 月 日 ~ 年 月 日	()	
	年 月 日 ~ 年 月 日	()	

【経腸栄養法】

医療機関名	期 間	症 例 数	備 考
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		

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

印

(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 症例数を記入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数のうち、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。
 - (3) 集団管理方式とは、2人以上のグループの医師団により患者管理をする方式をいい、1人の主治医が1人の患者を継続して管理する方式を単独管理方式という。

中心静脈栄養法症例

	患者性別	年齢	原疾患名	期 間	方式	
					集団	単独
1				年 月 日 ~ 年 月 日		
2				年 月 日 ~ 年 月 日		
3				年 月 日 ~ 年 月 日		
4				年 月 日 ~ 年 月 日		
5				年 月 日 ~ 年 月 日		
6				年 月 日 ~ 年 月 日		
7				年 月 日 ~ 年 月 日		
8				年 月 日 ~ 年 月 日		
9				年 月 日 ~ 年 月 日		
10				年 月 日 ~ 年 月 日		
11				年 月 日 ~ 年 月 日		
12				年 月 日 ~ 年 月 日		
13				年 月 日 ~ 年 月 日		
14				年 月 日 ~ 年 月 日		
15				年 月 日 ~ 年 月 日		
16				年 月 日 ~ 年 月 日		
17				年 月 日 ~ 年 月 日		
18				年 月 日 ~ 年 月 日		
19				年 月 日 ~ 年 月 日		
20				年 月 日 ~ 年 月 日		

経腸栄養法症例

	患者性別	年齢	原疾患名	期 間	方式	
					集団	単独
1				年 月 日 ~ 年 月 日		
2				年 月 日 ~ 年 月 日		
3				年 月 日 ~ 年 月 日		
4				年 月 日 ~ 年 月 日		
5				年 月 日 ~ 年 月 日		
6				年 月 日 ~ 年 月 日		
7				年 月 日 ~ 年 月 日		
8				年 月 日 ~ 年 月 日		
9				年 月 日 ~ 年 月 日		
10				年 月 日 ~ 年 月 日		

(別紙6)

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

心臓移植後の抗免疫療法

期 間	症例数	実施医療機関機関名等	備考 (国名)
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			

心臓移植術

期 間	症例数	実施医療機関機関名等	備考 (国名)
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			

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

印

(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、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場合は、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7)

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

心臓移植後の抗免疫療法

期 間	症例数	実施医療機関機関名等	備考 (国名)
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			

心臓移植術

期 間	症例数	実施医療機関機関名等	備考 (国名)
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			

連携する医師の経歴書

生年月日	年 月 日 (歳)	学 位	
自	至	任 免 事 項	
年 月 日	年 月 日	[医療機関名、職名(医員、講師等)]	担当科名
			師事した指導者名及び 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

印

(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 「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場合は、備考欄に国名についても記載すること。

(別紙8)

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

肝臓移植後の抗免疫療法

期 間	症例数	実施医療機関機関名等	備考 (国名)
年 月 ～ 年 月			
年 月 ～ 年 月			
年 月 ～ 年 月			

肝臓移植術

期 間	症例数	実施医療機関機関名等	備考 (国名)
年 月 ～ 年 月			
年 月 ～ 年 月			
年 月 ～ 年 月			

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

印

(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、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又は「特掲診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第63号）で定める生体部分肝移植術に関する施設基準を満たしている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場合は、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9)

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

肝臓移植後の抗免疫療法

期 間	症例数	実施医療機関機関名等	備考 (国名)
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			

肝臓移植術

期 間	症例数	実施医療機関機関名等	備考 (国名)
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			

連携する医師の経歴書

生年月日	年 月 日 (歳)	学 位	
自	至	任 免 事 項	
年 月 日	年 月 日	〔医療機関名、職名（医員、講師等）〕	担当科名
			師事した指導者名及び 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

印

(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 「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場合は、備考欄に国名についても記載すること。

肝臓移植症例証明書

医療機関名
氏名

印

1 肝臓移植症例数等

(1) 肝臓移植臨床従事期間

自 年 月 日
至 年 月 日

(2) 肝臓移植症例数 件

2 臨床実績 (直近3例以上)

	実施した 年 月	実施した 医療機関	レシピエントの 性別・年齢	ドナー		治癒経過
				性別・年齢	続柄	
症例①	年 月					
症例②	年 月					
症例③	年 月					
症例④	年 月					
症例⑤	年 月					

※ 記入上の注意

1. 症例については主として執刀した臨床実績を記入してください。
2. 実施した医療機関が複数に及び場合は、それぞれの機関の長等により証明を受けてください。

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

印

腎移植症例証明書

医療機関名

氏名

印

1 腎移植症例数等

(1) 腎移植臨床従事期間

自 年 月 日

至 年 月 日

(2) 腎移植症例数 件

2 臨床実績 (直近3例以上)

	実施した 年 月	実施した 医療機関	レシピエントの 性別・年齢	ドナー		治癒経過
				性別・年齢	続柄	
症例①	年 月					
症例②	年 月					
症例③	年 月					
症例④	年 月					
症例⑤	年 月					

※ 記入上の注意

1. 症例については主として執刀した臨床実績を記入してください。
2. ドナーの続柄が親族以外である場合は、「献臓」と記入してください。
3. 実施した医療機関が複数に及び場合は、それぞれの機関の長等により証明を受けてください。

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

印

歯科矯正症例証明書

医療機関名

氏名

印

1 口蓋裂の歯科矯正症例数等

(1) 歯科矯正臨床従事期間

自 年 月 日

至 年 月 日

(2) 歯科矯正症例数 件

2 口蓋裂の歯科矯正症例（直近5例以上）

	実施した 医療機関	実施の年	初診時 年齢	診断名	治療方針	治療経過
症例①		年				
症例②		年				
症例③		年				
症例④		年				
症例⑤		年				

※ 記入上の注意

1. 症例については主として治療した臨床実績を記入してください。
2. 実施した医療機関が複数に及び場合は、それぞれの機関の長等により証明を受けて

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

印