

(別紙③)

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 研究の内容別期間等

(1) 教室における臨床実験

自	年	月	日			
至	年	月	日	月間(1週	日	時間)

(2) 教室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
大学等名称		
氏 名		

※記載例は裏面にあります。

(別紙③ 記載要領)

研究内容に関する証明書(記載例)

医療機関名 市立〇〇病院
氏 名 △ △ △

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験

自 (元号) 〇年 1月 1日
至 (元号) 〇年 6月 30日 6月間(1週 6日 44時間)

(2) 教室指導下での教室外における臨床実習

自 (元号) 〇年 7月 1日
至 (元号) □年 5月 31日 11月間(1週 6日 44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 変形性膝関節症の組織学的研究

副論文 脊髄硬膜外肉芽腫の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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

大学等名称 〇〇大学医学部

氏 名 △ △ △

(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

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

(別紙⑤)

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
病院	年月日 ~ 年月日	中心静脈栄養法 ()	
病院	~	()	
病院	~	()	
病院	年月日 ~ 年月日	経腸栄養法	
病院	~		
病院	~		
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

※記載例は裏面にあります。

(別紙⑤ 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。

(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	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月		心臓移植後の抗免疫療法 病院 病院 HP (国 名)	
年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月		心臓移植術 病院 HP (国 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

(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術及び心臓移植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)

連携する 医療機関名		連携する 医 師 名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月		心臓移植術 病院 HP (国 名)	
年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月		心臓移植術後の抗免疫療法 病院 HP (国 名)	
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

(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後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	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月		肝臓移植後の抗免疫療法 病院 病院 HP (国 名)	
年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月		肝臓移植術 病院 HP (国 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

(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)

連携する 医療機関名		連携する 医 師 名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月		肝臓移植術 病院 HP (国 名)	
年 月 ～ 年 月 年 月 ～ 年 月		肝臓移植術後の抗免疫療法 病院 HP (国 名)	
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

(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後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。

腎移植症例証明書

医 療 機 関 名

氏 名

1 腎移植症例数等

(1) 腎移植臨床従事期間

自 年 月

至 年 月 (計 年 か月)

(2) 腎移植症例数 件

2 腎移植症例 (直近3例以上)

	実 施 し た 年 月 日	実 施 し た 医 療 機 関	レシピエントの		ド ナ ー		治 療 経 過
			性別・年齢		性別・年齢	続柄	
症例1	年 月 日						
症例2	年 月 日						
症例3	年 月 日						
症例4	年 月 日						
症例5	年 月 日						

※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、「献腎」と記入してください。
3. 実施した医療機関が複数に及ぶ場合は、それぞれの機関の長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

(別紙⑪)

歯科矯正症例証明書

医療機関名

氏 名

1 □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

至 年 月 (計 年 か月)

(2) 歯科矯正症例数 件

2 □蓋裂の歯科矯正症例 (直近分)

	□蓋裂の歯科矯正臨床内容					
	実施した 医療機関	実施した 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ぶ場合はそれぞれの機関の長等により証明を受けて下さい。

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

大阪市長 様

医療機関住所

医療機関名

院 長

主たる医師

医療機関間の連携に係る届出書 (免疫に関する医療)

当医療機関は自立支援医療を受給する受診者の診療にあたり、エイズ治療拠点病院と次のとおり連携の上実施いたします。

実施においては、両医療機関の各診療科医師の連携により、総合的な HIV 感染に関する診療を実施できる体制及び設備を整え、適切な医療の提供を行います。

記

1 連携するエイズ治療拠点病院

医療機関住所

医療機関名

2 連携を行う事項(該当する項目をチェックし、具体的な内容を記載してください)

- ☐ 休診時及び緊急時の対応(例:緊急時の診療及び処方)
()
- ☐ 検査等の対応(例:定期的な検査施行等によるスクリーニング)
()
- ☐ 医療相談及びカウンセリング(例:疾患特性に応じた医療相談の提供)
()
- ☐ 他診療科受診に係る連携(例:日和見感染症発症時の対応)
()
- ☐ その他
()

3 記載内容に係る照会の実施について(同意いただける場合はチェックしてください)

- ☐ 大阪市が1のエイズ治療拠点病院に対し、本届出書の記載内容が事実と相違ないかを照会することに同意します。

以上