**目　次**

別紙１・・・人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書【※腎臓に関する医療】

別紙２・・・腎移植に関する臨床実績証明書【※腎移植に関する医療】

別紙３・・・中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書【※小腸に関する医療】

別紙４・・**・**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）

【※心臓移植に関する医療】

別紙５・・・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）

【※心臓移植に関する医療】

別紙６・・・心臓移植に関する臨床実績証明書【※心臓移植に関する医療】

別紙７・・・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証明書

【※肝臓移植に関する医療】

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）

【※肝臓移植に関する医療】

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）

【※肝臓移植に関する医療】

別紙１０・・・口蓋裂の歯科矯正に関する臨床実績証明書【※歯科矯正に関する医療】

（別紙１）

**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 |  |  |  |
| 　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　　　　　　　　　　 　　　　印

（別紙２）

**腎移植に関する臨床実績証明書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 主たる担当医師名 |  |
|  | 実施した年月日 | 実施医療機関名等 | レシピエントの性別・年齢 | ドナー | 治療経過 |
| 性別・年齢 | 続柄 |
| 症例① | 年　月　日 |  |  |  |  |  |
| 症例② | 　年　月　日 |  |  |  |  |  |
| 症例③ | 　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、腎移植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　症例を記入する欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに腎移植を実施した実績を直近時から遡って記載すること。

４　「実施医療機関名等」欄には、これまでに腎移植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、国名についても記載すること。

５　ドナーの続柄が親族以外である場合は、「献腎」と記入すること。

６　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ること。

（別紙３）

**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○○病院○○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 |  |

　　　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。

（別紙４）

**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 　　 印

（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５）

**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 |  | 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 　 印

（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６）

**心臓移植に関する臨床実績証明書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 主たる担当医師名 |  |
|  | 実施した年月日 | 実施医療機関名等 | レシピエントの性別・年齢 | ドナー | 治療経過 |
| 性別・年齢 | 続柄 |
| 症例① | 年　月　日 |  |  |  |  |  |
| 症例② | 　年　月　日 |  |  |  |  |  |
| 症例③ | 　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、心臓移植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　症例を記入する欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに実施した心臓移植関連学会協議会・施設認定審査会の施設認定基準における心臓移植の実績を、直近時から遡って１例以上記載すること。

４　「実施医療機関名等」欄には、これまでに心臓移植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、国名についても記載すること。

５　ドナーの続柄が親族以外である場合は、「献心」と記入すること。

６　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ること。

（別紙７）

**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証明書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 主たる担当医師名 |  |
|  | 実施した年月日 | 実施医療機関名等 | レシピエントの性別・年齢 | ドナー | 治療経過 |
| 性別・年齢 | 続柄 |
| 症例① | 年　月　日 |  |  |  |  |  |
| 症例② | 年　月　日 |  |  |  |  |  |
| 症例③ | 　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、肝臓移植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　症例を記入する欄には、「主たる担当医師」に記載した医師が、これまでに肝臓移植を実施した実績を直近時から遡って記載すること。

４　「実施医療機関名等」欄には、これまでに肝臓移植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、国名についても記載すること。

５　ドナーの続柄が親族以外である場合は、「献肝」と記入すること。

６　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 |  |  肝臓移植術後の抗免疫療法 　　　　　　　　　　　　 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 　 印

（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 |  | 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 　 印

（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１０）

**口蓋裂の歯科矯正に関する臨床内容証明書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 主たる担当医師名 |  |
|  | 口蓋裂の歯科矯正臨床内容 |
| 実施医療機関名等 | 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 |  |  |  |  |

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、歯科矯正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　症例を記入する欄には、「主たる担当医師」に記載した医師が、これまでに口蓋裂の歯科矯正を実施した実績を直近時から遡って記載すること。

４　「実施医療機関名等」欄には、これまでに口蓋裂の歯科矯正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、国名についても記載すること。

５　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ること。