

栃木県小児慢性特定疾病指定医研修修了確認書

1 はじめに

本書は、小児慢性特定疾病指定医のWEB研修を履修したことを証明する書類として、栃木県に提出していただくものです。必要事項を記入の上、記名押印し提出ください。

なお、各チェック欄へのチェックがない場合や質問に不正解・無回答がある場合は、研修を修了したと認められない場合があります。

資料掲載場所	資料を読み終えたら、右のチェック欄に☑をしてください	チェック欄
栃木県ホームページ	1 「栃木県における小児慢性特定疾病医療費助成制度について」を読みました。	<input type="checkbox"/>
小児慢性特定疾病情報センター	2 「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－』」を読みました。	<input type="checkbox"/>
	3 「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、医療意見書の作成を予定する以下の疾患群の資料を読みました。	
	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"/>	

2 (1)～(10)の質問について○か×で答えてください。

(1) 小児慢性特定疾病指定医とは、患者が小児慢性特定疾病医療費の支給申請にあたり必要となる「医療意見書」の作成を行う者として都道府県等が指定した医師である。
(答え)

(2) 小児慢性特定疾病指定医の要件は、「疾病の診断又は治療に5年以上従事した経験があり、関係学会の専門医の認定を受けていること」、「疾病の診断又は治療に5年以

上従事した経験があり、都道府県等が実施する研修を修了していること」のうちいずれかを満たす必要がある。(答え)

- (3) 小児慢性特定疾病指定医の指定を受けた場合、主たる勤務先の医療機関でのみ医療意見書を作成できる。(答え)
- (4) 小児慢性特定疾病指定医の指定を受ける場合、主たる勤務先の医療機関の所在地に関わらず、申請先都道府県は自由に選択できる。(答え)
- (5) 小児慢性特定疾病指定医は、主たる勤務先の医療機関の名称及び所在地について変更があった場合は、指定通知書を交付した都道府県知事等に対して、届け出ることを必要とする。(答え)
- (6) 都道府県知事等の指定を受けた指定小児慢性特定疾病医療機関が行う医療に限り、小児慢性特定疾病医療費の助成を受けることができる。(答え)
- (7) 小児慢性特定疾病医療費助成制度の対象外となる医療費は、①入院時の差額ベッド代及び差額食事代、②医療意見書等の文書料、③保険外診療に係る費用、④承認した疾病以外の病気に係る医療費、⑤受給者証に印字されていない医療機関における治療費(緊急かつやむを得ない事情がある場合を除く)である。(答え)
- (8) 小児慢性特定疾病指定医、指定小児慢性特定疾病医療機関として指定を受けるためには、それぞれ申請する必要がある。(答え)
- (9) 人工呼吸器等装着者の認定要件の1つに、人工呼吸器等からの「離脱の見込み」が「ない」ことが含まれている。(答え)
- (10) 成長ホルモン治療用意見書は、「初回申請用」と「継続申請用」があり、成長ホルモン治療をこれから開始する予定又は既に開始をしている方で、申請が初めての場合は「初回申請用」を作成する(ただし、平成30年4月1日以降のヌーナン症候群に対する成長ホルモン治療申請を除く)。(答え)

記載項目	記入欄
受講日	年 月 日
氏名	印
小児慢性特定疾病指定医番号 (※指定済の方のみ)	
主たる勤務先の医療機関名	
連絡先	〒

※提出先：栃木県保健福祉部健康増進課難病対策担当 (TEL：028-623-3086)