

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

医療機関名 _____

(1) 眼科に関する医療

確認事項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科目が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリング等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）における研究、診療従事年数が、医籍登録後から通算して5年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
指定更新の場合、指定内容に変更はないか。 (変更がある場合は、変更届出が必要。)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
指定の更新の場合、自己点検表により自己点検を実施しているか。 (指定更新申請書に自己点検の実施状況が記載されているか確認する。) ※ 自己点検表の様式は県 HP に掲載	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第16条の2第1項の規定に基づく臨床研修指定病院並びにそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等を指す。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

医療機関名 _____

(2) 耳鼻咽喉科に関する医療

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科目が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリング等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）における研究、診療従事年数が、医籍登録後から通算して5年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
指定更新の場合、指定内容に変更はないか。 (変更がある場合は、変更届出が必要。)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
指定の更新の場合、自己点検表により自己点検を実施しているか。 (指定更新申請書に自己点検の実施状況が記載されているか確認する。) ※ 自己点検表の様式は県 HP に掲載	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第16条の2第1項の規定に基づく臨床研修指定病院並びにそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等を指す。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

医療機関名 _____

(3) 口腔に関する医療

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科目が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリング等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）における研究、診療従事年数が、医籍登録後から通算して5年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
指定更新の場合、指定内容に変更はないか。 (変更がある場合は、変更届出が必要。)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
指定の更新の場合、自己点検表により自己点検を実施しているか。 (指定更新申請書に自己点検の実施状況が記載されているか確認する。) ※ 自己点検表の様式は県 HP に掲載	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第16条の2第1項の規定に基づく臨床研修指定病院並びにそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等を指す。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

医療機関名 _____

(4) 整形外科に関する医療

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科目が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリング等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）における研究、診療従事年数が、医籍登録後から通算して5年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
指定更新の場合、指定内容に変更はないか。 (変更がある場合は、変更届出が必要。)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
指定の更新の場合、自己点検表により自己点検を実施しているか。 (指定更新申請書に自己点検の実施状況が記載されているか確認する。) ※ 自己点検表の様式は県 HP に掲載	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第16条の2第1項の規定に基づく臨床研修指定病院並びにそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等を指す。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

医療機関名 _____

(5) 形成外科に関する医療

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科目が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリング等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）における研究、診療従事年数が、医籍登録後から通算して5年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
指定更新の場合、指定内容に変更はないか。 (変更がある場合は、変更届出が必要。)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
指定の更新の場合、自己点検表により自己点検を実施しているか。 (指定更新申請書に自己点検の実施状況が記載されているか確認する。) ※ 自己点検表の様式は県 HP に掲載	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第16条の2第1項の規定に基づく臨床研修指定病院並びにそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等を指す。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

医療機関名 _____

(6) 中枢神経に関する医療

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）における研究、診療従事年数が、医籍登録後から通算して5年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
指定更新の場合、指定内容に変更はないか。 (変更がある場合は、変更届出が必要。)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
指定の更新の場合、自己点検表により自己点検を実施しているか。 (指定更新申請書に自己点検の実施状況が記載されているか確認する。) ※ 自己点検表の様式は県 HP に掲載	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第16条の2第1項の規定に基づく臨床研修指定病院並びにそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等を指す。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

医療機関名 _____

(7) 脳神経外科に関する医療

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科目が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリング等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）における研究、診療従事年数が、医籍登録後から通算して5年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
指定更新の場合、指定内容に変更はないか。 (変更がある場合は、変更届出が必要。)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
指定の更新の場合、自己点検表により自己点検を実施しているか。 (指定更新申請書に自己点検の実施状況が記載されているか確認する。) ※ 自己点検表の様式は県 HP に掲載	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第16条の2第1項の規定に基づく臨床研修指定病院並びにそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等を指す。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

医療機関名 _____

(8) 心臓脈管外科に関する医療

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
心血管連続撮影装置及び心臓カテーテルの設備を有しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）における研究、診療従事年数が、医籍登録後から通算して5年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
指定更新の場合、指定内容に変更はないか。 (変更がある場合は、変更届出が必要。)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
指定の更新の場合、自己点検表により自己点検を実施しているか。 (指定更新申請書に自己点検の実施状況が記載されているか確認する。) ※ 自己点検表の様式は県 HP に掲載	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第16条の2第1項の規定に基づく臨床研修指定病院並びにそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等を指す。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

医療機関名 _____

(9) 心臓移植に関する医療・心臓移植後の抗免疫療法に関する医療

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
(心臓移植に関する医療) 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あるか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
(心臓移植後の抗免疫療法に関する医療) 心臓移植術実施施設又は心臓移植後の抗免疫療法の実績を有する施設との連携により心臓移植術後の抗免疫療法を実施できる体制及び設備を有しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）における研究、診療従事年数が、医籍登録後から通算して5年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
(心臓移植に関する医療) 主として担当する医師が、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おける心臓移植経験者であるか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

<p>(心臓移植後の抗免疫療法に関する医療)</p> <p>心臓移植術後の抗免疫療法については、臨床実績を有する者又は心臓移植術経験者など十分な臨床実績を有する者との連携を確保できる者であるか。</p>	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
<p>指定更新の場合、指定内容に変更はないか。 (変更がある場合は、変更届出が必要。)</p>	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<p>指定の更新の場合、自己点検表により自己点検を実施しているか。 (指定更新申請書に自己点検の実施状況が記載されているか確認する。)</p> <p>※ 自己点検表の様式は県 HP に掲載</p>	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※ 1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第 16 条の 2 第 1 項の規定に基づく臨床研修指定病院並びにそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等を指す。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

医療機関名 _____

(10) 腎臓に関する医療

確認事項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
血液浄化療法に関する機器並びに専用スペースを有しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）における研究、診療従事年数が、医籍登録後から通算して5年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、血液浄化療法に関する臨床実績が1年以上あるか。	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
指定更新の場合、指定内容に変更はないか。 (変更がある場合は、変更届出が必要。)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
指定の更新の場合、自己点検表により自己点検を実施しているか。 (指定更新申請書に自己点検の実施状況が記載されているか確認する。) ※ 自己点検表の様式は県 HP に掲載	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第16条の2第1項の規定に基づく臨床研修指定病院並びにそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等を指す。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

医療機関名 _____

(11) 腎移植に関する医療

確認事項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
腎移植に必要な関連機器と血液浄化装置(機器)を備えているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関(※1)における研究、診療従事年数が、医籍登録後から通算して5年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、腎移植に関する臨床実績が3例以上あるか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
指定更新の場合、指定内容に変更はないか。(変更がある場合は、変更届出が必要。)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
指定の更新の場合、自己点検表により自己点検を実施しているか。(指定更新申請書に自己点検の実施状況が記載されているか確認する。) ※ 自己点検表の様式は県 HP に掲載	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室(大学院を含む)及び医師法第16条の2第1項の規定に基づく臨床研修指定病院並びにそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等を指す。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

医療機関名 _____

(12) 小腸に関する医療

確認事項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）における研究、診療従事年数が、医籍登録後から通算して5年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、中心静脈栄養法について20例以上、かつ経腸栄養法について10例以上の臨床経験を有しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
指定更新の場合、指定内容に変更はないか。 (変更がある場合は、変更届出が必要。)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
指定の更新の場合、自己点検表により自己点検を実施しているか。 (指定更新申請書に自己点検の実施状況が記載されているか確認する。) ※ 自己点検表の様式は県 HP に掲載	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第16条の2第1項の規定に基づく臨床研修指定病院並びにそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等を指す。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

医療機関名 _____

(13) 歯科矯正に関する医療

確認事項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）における研究、診療従事年数が、医籍登録後から通算して5年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、これまでの研究内容に口蓋裂の歯科矯正の臨床内容との関連が認められ、かつ5症例以上の臨床経験を有しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
指定更新の場合、指定内容に変更はないか。 (変更がある場合は、変更届出が必要。)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
指定の更新の場合、自己点検表により自己点検を実施しているか。 (指定更新申請書に自己点検の実施状況が記載されているか確認する。) ※ 自己点検表の様式は県 HP に掲載	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第16条の2第1項の規定に基づく臨床研修指定病院並びにそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等を指す。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

医療機関名 _____

(14) 免疫に関する医療

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当しようとする医療の種類が、厚生労働省要領に記載されている医療の種類と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断及び治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制を有し、適切な標ぼう科が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリング等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
各診療科医師の連携により総合的なH I V感染に関する診療の実施ができる体制及び設備を有しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関（※1）における研究、診療従事年数が、医籍登録後から通算して5年以上（医学専門学校にあっては7年以上）（※2）経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
指定更新の場合、指定内容に変更はないか。 (変更がある場合は、変更届出が必要。)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
指定の更新の場合、自己点検表により自己点検を実施しているか。 (指定更新申請書に自己点検の実施状況が記載されているか確認する。) ※ 自己点検表の様式は県 HP に掲載	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第16条の2第1項の規定に基づく臨床研修指定病院並びにそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等を指す。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

医療機関名 _____

(15) 肝臓移植に関する医療・肝臓移植後の抗免疫療法に関する医療

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
医療機関名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
担当しようとする医療の種類について、その診断、治療を行うのに十分な医療スタッフ等体制及び医療機器等設備を有し、適切な標ぼう科が示されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行えるスタッフについて体制が整備されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
(肝臓移植に関する医療) 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「特掲診療科の施設基準等」(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あるか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
(肝臓移植後の抗免疫療法に関する医療) 肝臓移植術実施施設又は肝臓移植後の抗免疫療法の実績を有する施設との連携により肝臓移植術後の抗免疫療法を実施できる体制及び設備を有しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師名は、医師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する医師は、担当する医療の科目につき、適切な医療機関(※1)における研究、診療従事年数が、医籍登録後から通算して5年以上経過しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

<p>(肝臓移植に関する医療)</p> <p>主として担当する医師が、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が3例以上あるか。</p>	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
<p>(肝臓移植後の抗免疫療法に関する医療)</p> <p>肝臓移植術後の抗免疫療法については、臨床実績を有する者又は肝臓移植術経験者など十分な臨床実績を有する者との連携を確保できる者であるか。</p>	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
<p>指定更新の場合、指定内容に変更はないか。 (変更がある場合は、変更届出が必要。)</p>	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<p>指定の更新の場合、自己点検表により自己点検を実施しているか。 (指定更新申請書に自己点検の実施状況が記載されているか確認する。)</p> <p>※ 自己点検表の様式は県 HP に掲載</p>	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

※1 適切な医療機関とは、大学専門教室（大学院を含む）及び医師法第16条の2第1項の規定に基づく臨床研修指定病院並びにそれぞれの医療の分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等を指す。

薬局名 _____

(16) 薬局

確 認 事 項	(主担当者氏名)	(副担当者氏名)
薬局名が正式名称で記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
主として担当する薬剤師名は、薬剤師免許証の氏名と一致しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
複数の医療機関から処方せんの受け付けをしているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
十分な調剤実務経験のある管理薬剤師を有しているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
申請薬局が通路、待合室など身体障害者に配慮した設備構造等が確保されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
※新規開局の場合に確認（1ヶ月以内） 当該薬局における管理者（管理薬剤師）が、過去に他の指定自立支援医療機関において、管理者（管理薬剤師）としての経験を有している実績があり、かつ当該薬局に十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していること。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
指定更新の場合、指定内容に変更はないか。 (変更がある場合は、変更届出が必要。)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
指定の更新の場合、自己点検表により自己点検を実施しているか。 (指定更新申請書に自己点検の実施状況が記載されているか確認する。) ※ 自己点検表の様式は県 HP に掲載	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他

- ・通路、待合室等は車椅子が通行できるスペースの確保がとれているか。
- ・外部から店舗への侵入には段差ない状態（スロープ等の設置）いるか。
- ・待合室は椅子等が（利用者に対し、待ち時間支障をかけないように）設置されているか。
- ・これらのことが確認できる写真（外から中、中の通路・待合室・トイレ等）、業務状況が確認できる写真（薬品棚、調剤作業箇所、薬歴棚等）が添付されているか。
- ・施設の見取り図（平面図等）が添付されているか。
- ・概ね1年以上の十分な調剤経験のある管理薬剤師を有しているか。
- ・申請書別紙2「調剤のために必要な設備及び施設の概要」中の調剤室の構造（木造、鉄骨等）、が適切に記載されているか。

注) 新規開局と同時又は1ヶ月以内に指定を受けたい場合、管理者（管理薬剤師）と、十分な調剤実務経験のある薬剤師の2名分の経歴書と、薬剤師免許証の写しが必要となる。また、管理者（管理薬剤師）の経歴書には、過去に他の指定自立支援医療機関で勤務していた経験が確認出来るように記載されていること。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

事業所名 _____

（17）訪問看護ステーション

確認事項	（主担当者氏名）	（副担当者氏名）
訪問看護事業者名及び訪問看護ステーション名が記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
訪問看護事業者が、介護保険法に規定する指定訪問看護事業者又は健康保険法に規定する指定訪問看護事業者の指定を受けているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
指定更新の場合、指定内容に変更はないか。（変更がある場合は、変更届出が必要。）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
指定の更新の場合、自己点検表により自己点検を実施しているか。（指定更新申請書に自己点検の実施状況が記載されているか確認する。） ※自己点検表の様式は県 HP に掲載	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他