

受講確認書

下記のとおり、一宮市小児慢性特定疾病指定医研修を受講しました。

氏名 _____

1 医療意見書作成予定の疾患群

作成予定の疾患群全てについて番号に○を付してください。

1 悪性新生物	5 内分泌疾患	9 血液疾患	13 染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群
2 慢性腎疾患	6 膠原病	10 免疫疾患	14 皮膚疾患
3 慢性呼吸器疾患	7 糖尿病	11 神経・筋疾患	15 骨系統疾患
4 慢性心疾患	8 先天性代謝異常	12 慢性消化器疾患	16 脈管系疾患

※小児慢性特定疾病指定医研修サイトから出力した「小児慢性特定疾病指定医育成研修修了証」と一致していることを確認してください。

2 ウェブサイトに掲載されている研修資料について

下記の確認事項についてご回答ください。

確認事項	回答
「注意事項1 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。	(はい・いいえ)
「注意事項2 医療意見書の作成について」を読みました。	(はい・いいえ)

3 制度に関する理解度を確認するための質問

下記の設問についてご回答ください。

設問	回答 (○か×を記入)
指定医療機関の医師であっても、指定医でなければ医療意見書を作成することはできない。	
名古屋市で指定医の指定を受けていた医師が転勤により一宮市に勤務することになった場合、改めて一宮市へ指定医の指定申請をする必要がある。	
一宮市内における指定医の指定は5年ごとに更新手続きが必要となる。	
小児慢性特定疾病医療の助成を受けるためには、対象者が「小児慢性特定疾病」に罹患しているだけでなく、その状態が国の定める「疾病の状態の程度」に合致している必要がある。	
医療意見書における重症患者認定基準に該当するかどうかについては、疾病としての重症度とは必ずしも一致しないため、本制度における重症患者認定基準に該当するかどうかに応じて、「する」又は「しない」に○を付す必要がある。	
人工呼吸器装着者等認定基準における「継続して常時」とは、生命維持管理装置を一日中装着しており、離脱の見込みがないことをいう。	