

様式 5 の 5

移植後患者指導管理料・抗HLA抗体検査の施設基準に係る届出書添付書類

○ 届出を行う指導管理料等

() 臓器移植後患者指導管理料

() 造血幹細胞移植後患者指導管理料

() 抗HLA抗体検査（スクリーニング検査・抗体特異性同定検査）

| 区 分 | 常勤 換算 | 氏 名 | 経験年数 |
|---|--------------------------|-----|-------|
| | | | |
| 1 専任の常勤医師 ※ 専任の非常勤 医師を組み合わ せた場合を含む | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | | |
| 1 専任の常勤医師 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 2 専任の常勤看護師 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 3 常勤薬剤師 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 4 関係学会による抗HLA抗体検査の実施に関する指針の遵守 | | | 有 ・ 無 |
| 5 抗HLA抗体検査を委託する施設 | | | |
| 名称 | 住所 | | 確認方法 |
| | | | |
| | | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

[記載上の注意]

- 1 「届出を行う指導管理料等」については、届出を行う管理料等について○印を記入すること。臓器移植後患者指導管理料、造血幹細胞移植後患者指導管理料ともに届出を行う場合は別にそれぞれ届け出ること。
- 2 「1」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。また、移植医療に係る症例数等の経験が確認できる文書を添付すること。
- 3 「1」については、移植医療に係る症例数等の経験が確認できる文書を添付すること。
- 4 「2」については、移植医療に係る経験及び移植医療に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 5 移植医療に特化した専門外来が設置されていることが確認できる、外来一覧表等（様式自由）を添付すること。
- 6 「4」については、抗HLA抗体検査を当該保険医療機関内で実施するものとして、抗HLA抗体検査の届出を行う場合に記載すること。
- 7 「5」については、抗HLA抗体検査を他の保険医療機関又は衛生検査所に委託する場合に限り記載すること。また、確認方法の欄には、当該保険医療機関又は衛生検査所が関係学会による抗HLA抗体検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していることを確認できるウェブページのURLを記載する等、確認方法を記載した上で、当該ウェブページのコピー等を添付すること。