（様式２）

年　　月　　日

兵　庫　県　知　事　様

所在地

病院名

代表者

兵庫県難病医療専門協力病院の選定について

兵庫県難病医療専門協力病院として選定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

　１　病院の名称

　２　病院の所在地

　３　添付書類

・別紙２

・その他　医療機関の概要（診療科、病床数、患者数、難病の診療状況等）が分かるもの

（別紙２）

兵庫県難病医療専門協力病院としての機能等について

**１　担当者連絡先**

|  |  |
| --- | --- |
| 役割 | 事務担当者 |
| 所属 |  |
| 役職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |

**２　指定難病の治療・受入れの状況**

難病の診療状況について、対応の可否、対応するすべての診療科名を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 対応可：○一部対応可：△ | 疾患群名 | 対応診療科 |
|
| 1 |  | 神経・筋疾患 |  |
| 2 |  | 代謝系疾患 |  |
| 3 |  | 皮膚・結合組織疾患 |  |
| 4 |  | 免疫系疾患 |  |
| 5 |  | 循環器系疾患 |  |
| 6 |  | 血液系疾患 |  |
| 7 |  | 腎・泌尿器系疾患 |  |
| 8 |  | 骨・関節系疾患 |  |
| 9 |  | 内分泌系疾患 |  |
| 　10 |  | 呼吸器系疾患 |  |
| 11 |  | 視覚系疾患 |  |
| 12 |  | 聴覚・平衡機能系疾患 |  |
| 13 |  | 消化器系疾患 |  |
| 14 |  | 染色体または遺伝子に変化を伴う症候群 |  |
| 15 |  | 耳鼻科系疾患 |  |

※対応の可否については、難病医療専門協力病院の指定申請日時点の状況をご記入ください。

**３　難病医療関係者及び難病患者に関する人材育成**

|  |  |
| --- | --- |
| 自医療機関内の医療従事者に対する人材育成 | 既に取組んでいる　・　今後取り組む予定 |
| 【頻度、内容、最近の実施状況等（予定を含む）】 |
| 地域の医療・保健福祉関係者に対する人材育成 | 自医療機関が主催する研修会の開催 | 既に取組んでいる　・　今後取り組む予定 |
| 【頻度、内容、最近の実施状況等（予定を含む）】 |
| 健康福祉事務所及び市保健所、市町、医師会等の関係機関が実施する研修への協力（講師派遣等） | 既に取組んでいる　・　今後取り組む予定 |
| 【頻度、内容、最近の実施状況等（予定を含む）】 |

**４ 難病医療における健康福祉事務所及び市保健所、市町等関係機関への協力状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 健康福祉事務所及び市保健所、市町等が実施する会議等への協力 | 【頻度、内容、最近の参加状況等（予定を含む）】 |

**５　難病患者の受入れ及び退院調整に対応する担当窓口の設置**

該当する項目に○及び記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 設置の有無 | 対応する担当窓口の部署名 | 特記事項 |
|  | 設置している |  |  |
|  | 設置していない |  |  |

**６　その他、難病医療に関して、積極的に取り組まれていることがございましたらご記入ください。**

|  |
| --- |
| 【病院の特徴・力を入れている疾患・難病に関する専門外来など】 |

**７　審査の結果、難病医療専門協力病院に指定されることとなった場合、ご記入いただいた内容につい**

**て、公表の可・否をご記入ください**

**可　・　不可**

**↓**

**不可の場合は、理由をご記入ください**

|  |  |
| --- | --- |
| 不可の理由 |  |