

質問シート

この質問シートは、小児慢性特定疾病指定医の研修を履修したことを証明する書類に代えるものとして、佐賀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、申請書とともにご提出ください。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・無回答がある際は、研修を修了したものと認められない場合があります。

①小児慢性特定疾病医療費の支給制度について

「日医総研ワーキングペーパー」を読みました。 (読み終わったら をしてください。)

「佐賀県からの注意事項(制度について)」を読みました。 (同上)

②小児慢性特定疾病の医療費助成に係る実務について

「対象疾病の概況」のうち医療意見書作成を予定する疾患群の部分を読みました。 (同上)

— 医療意見書の作成を予定する疾患群()

〔 ※ () 内に小児慢性特定疾病制度において今後医療意見書の作成を予定する疾患群をすべて記載ください。(例 悪性新生物、… 疾患群の名称は、「対象疾病の概況」を参照) 〕

「参考資料1 医療意見書の書き方」を読みました。 (同上)

「参考資料2 重症患者認定基準」を読みました。 (同上)

「佐賀県からの注意事項(医療意見書について)」を読みました。 (同上)

◎以下の1～3の質問について○か×で答えてください。

1 小児慢性の指定医が、現に指定されている自治体とは別の都道府県及び指定都市・中核市にある病院に勤務する場合、あらたに勤務する病院がある自治体での指定申請が必要になる。

【参照 日医総研ワーキングペーパー P24】 (答え)

2 指定医の有効期間は最長5年であるので、指定された日から 5年を超えない日までの間に所定の手続きによって更新申請をしなければ、有効期間終了をもって指定医資格は失われる。

【参照 日医総研ワーキングペーパー P25】 (答え)

3 医療意見書の現状評価欄の「重症患者認定基準に該当する」場合とは、高額な治療を長期間にわたり継続する者又は療養に係る負担が特に重い者として、厚生労働大臣が定める基準に該当する場合である

【参照 対象疾病の概況 参考資料2】 (答え)

平成 年 月 日

氏名 _____ 印

(佐賀県指定医番号

) ※指定済の方のみ