

## 難病指定医研修 質問シート

この質問シートは、難病指定医または協力難病指定医の WEB 研修を履修したことを証する書類として、大分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、申請書とともに提出してください。

なお、未記入や質問に不正解がある場合は、研修を修了したものと認められません。

受講者氏名（自署または記名押印）	⑩
指定医番号（指定済みの方のみ）	
質問シート記入日	年            月            日
連絡先 （勤務先等の住所や電話番号）	〒 住所 名称 電話番号

1. 下表の資料等を読み終わったら、をしてください。

①特定医療費（指定難病）助成制度について

②難病指定医等に係る事務手続きについて

③臨床調査個人票の作成について

④日医総研ワーキングペーパー

⑤臨床調査個人票を作成予定の指定難病を1つ挙げ、告示番号を記入してください。

指定難病名	
告示番号	

⑥上記⑤に記載した疾病について、厚生労働省の診断基準を読みました。

2. 以下の質問に対して、( ) 内に○か×で回答してください。

①指定医は、診断又は治療に5年以上従事した経験を有していることが必要である。  
答え( )

②協力難病指定医は、更新申請時の臨床調査個人票のみを作成することができる。  
答え( )

③指定医は5年ごとに更新の手続きが必要である。 答え( )

④主たる勤務地が県外になった場合でも、大分県で付与された指定医番号で臨床調査個人票を作成することができる。 答え( )

⑤指定難病に付随して発生する傷病に関する医療は、特定医療費の助成対象となる。  
答え( )

⑥診断基準を満たし、かつ、申請月以前の過去12月以内に、医療費総額(10割)が33,330円を超える月が3月以上あれば、重症度分類を満たさなくても医療費助成を受けることができる。 答え( )

⑦患者の医療費助成の開始日は、医師が臨床調査個人票を作成した日からである。  
答え( )

⑧臨床調査個人票の作成にあたり、病名診断のための検査所見を記入する場合、診断基準に特段の定めがない場合には、いずれの時期の検査データを記載しても良い。  
答え( )

⑨重症度分類は、直近6か月間で最も悪い状態で判断する。  
答え( )

⑩指定医療機関になるには、保険医療機関であることが必要である。  
答え( )