（様式第１－２号）

**参考資料５**

大阪府アレルギー疾患医療連携協力病院選定申請書

　　年　　月　　日

大　阪　府　知　事　　様

所在地

病院名

代表者

　　大阪府アレルギー疾患医療連携協力病院の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

（以下の項目に記入してください。また、□については該当する項目に☑を記入してください）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 医療機関名称 | （ふりがな） | | |
|  | | |
| ２ | 医療機関所在地 | 郵便番号 | 〶　　　　－ | |
| 所在地 |  | |
| 電　話 | （　　　　） | |
| ＦＡＸ | （　　　　） | |
| e-mail | @ | |
| ３ | 医療機関開設者 | （法人の場合は、法人等の名称及び法人代表者氏名） | | |
| ４ | 管理者 |  | | |
| ５ | 府アレルギー疾患医療拠点病院と連携が可能な診療科  ≪重症及び難治性アレルギー疾患患者（注）に対し、診断、治療、管理を行う際の診療科≫  （該当するものの□に☑を記入） | 診療科領域 | | 診療科名  （複数ある場合はすべて記入してください） |
| □　内科系 | |  |
| □　小児科系 | |  |
| □　皮膚科系 | |  |
| □　眼科系 | |  |
| □　耳鼻いんこう科系 | |  |

(注) 診断が困難な症例や標準的治療では病態が安定化しない重症及び難治性アレルギー疾患患者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ６ | 専門医研修施設の認定状況  （該当するものの□に☑を記入）  ※申請日時点の状況を記入してください | 施設種別  （該当箇所に☑） | | 現在  申請中 | 認定有効期間（申請中の場合記載不要） | | | | | | |
| □ 基準施設 | | □ | 令和　　　年　　　月　　　日まで | | | | | | |
| □ 連携施設 | | □ | 令和　　　年　　　月　　　日まで | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | |
| ７ | アレルギー指導医・専門医の配置状況  （該当するものの□に☑を記入） | 診療科領域 | 配置有無 | | | 配置数 | | | | | |
| 指導医 | | （うち常勤） | | 専門医 | （うち常勤） |
| 内科系 | □ 有・□ 無 | | |  | |  | |  |  |
| 小児科系 | □ 有・□ 無 | | |  | |  | |  |  |
| 皮膚科系 | □ 有・□ 無 | | |  | |  | |  |  |
| 眼科系 | □ 有・□ 無 | | |  | |  | |  |  |
| 耳鼻いんこう科系 | □ 有・□ 無 | | |  | |  | |  |  |
| ８ | アレルギー疾患医療に携わる看護師・薬剤師・栄養士等の配置状況  （該当するものの□に☑を記入） | 職種 | 配置有無 | | | 配置数 | | | （うちアレルギー疾患に関する専門的な知識を有する者の人数） | | |
| 看護師 | □ 有・□ 無 | | |  | 人 | | 人 | | |
| 薬剤師 | □ 有・□ 無 | | |  | 人 | | 人 | | |
| 管理栄養士、栄養士 | □ 有・□ 無 | | |  | 人 | | 人 | | |
| その他  〔　　　　　　　〕 | □ 有・□ 無 | | |  | 人 | | 人 | | |
| ９ | 診療体制について  （該当するものの□に☑を記入）  ※診療科名が複数ある場合はすべて記入してください  ※診療体制の詳細は【別紙】を記入のこと | 領域 | 診療実施 | | | 診療科名 | | | | | |
| アレルギー全般 | □ 有・□ 無 | | |  | | | | | |
| 肺及び下気道領域 | □ 有・□ 無 | | |  | | | | | |
| 皮膚領域 | □ 有・□ 無 | | |  | | | | | |
| 上気道領域 | □ 有・□ 無 | | |  | | | | | |
| 眼領域 | □ 可・□ 否 | | |  | | | | | |
| 食物アレルギー | □ 可・□ 否 | | |  | | | | | |
|  |  | ※診療体制の詳細は【別紙】のとおり | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10 | アレルギー疾患患者数について  （該当するものの  □に☑を記入）  ※1　新患患者とは初診料算定患者を指します。  ※2　小児とは15歳未満を指します。 | 対象期間：申請日の属する年度の前年度4月1日から翌年3月31日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾患名 | | | | 診療の有無 | 成人新患患者数 | | | | | | | 小児新患患者数 | | | | |
| 総数 | | | | (うち紹介患者) | | | 総数 | | | (うち紹介患者) | |
| 食物アレルギー | | | | □ 有・□ 無 |  | | | |  | | |  | | |  | |
| 気管支ぜん息 | | | | □ 有・□ 無 |  | | | |  | | |  | | |  | |
| アトピー性皮膚炎 | | | | □ 有・□ 無 |  | | | |  | | |  | | |  | |
| アレルギー性結膜炎 | | | | □ 有・□ 無 |  | | | |  | | |  | | |  | |
| アレルギー性鼻炎 | | | | □ 有・□ 無 |  | | | |  | | |  | | |  | |
| 花粉症 | | | | □ 有・□ 無 |  | | | |  | | |  | | |  | |
| 11 | アレルギー疾患患者の逆紹介数について  （該当するものの  □に☑を記入）  ※小児とは15歳未満を指します。 | 対象期間：申請日の属する年度の前年度4月1日から翌年3月31日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾患名 | | | | 診療の有無 | 成人逆紹介数 | | | | | | | 小児逆紹介数 | | | | |
| 食物アレルギー | | | | □ 有・□ 無 |  | | | | | | |  | | | | |
| 気管支ぜん息 | | | | □ 有・□ 無 |  | | | | | | |  | | | | |
| アトピー性皮膚炎 | | | | □ 有・□ 無 |  | | | | | | |  | | | | |
| アレルギー性結膜炎 | | | | □ 有・□ 無 |  | | | | | | |  | | | | |
| アレルギー性鼻炎 | | | | □ 有・□ 無 |  | | | | | | |  | | | | |
| 花粉症 | | | | □ 有・□ 無 |  | | | | | | |  | | | | |
| 12 | アレルギー疾患に対する相談体制について  （該当するものの  □に☑を記入） | アレルギー疾患に関する相談窓口が設定されている  　□ はい（相談窓口の名称：　　　　　　　　　　　　　　　）／　□ いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 窓口の対象となる医療機関の制限  □ 制限なし　□ 地域の医療機関のみ　□ 患者のみ　□ その他〔　　　　　　　　〕 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 予約の要否 | □ 必要　　　□ 不要 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 窓口以外の相談形態 | 相談形態（該当箇所に☑） | | | | | | 申請月を除く直近３か月の相談件数 | | | | | | | | | |
| □ | | 電話による相談 | | | | 件（　　年　　月～　　年　　月） | | | | | | | | | |
| □ | | ＦＡＸによる相談 | | | | 件（　　年　　月～　　年　　月） | | | | | | | | | |
| □ | | Ｅメールによる相談 | | | | 件（　　年　　月～　　年　　月） | | | | | | | | | |
| □ | | オンラインによる相談 | | | | 件（　　年　　月～　　年　　月） | | | | | | | | | |
| □ | | その他（　　　　　） | | | | 件（　　年　　月～　　年　　月） | | | | | | | | | |
| 対応曜日  と時間 | 時間 | | | | | | 曜日（該当箇所に○印を記入） | | | | | | | | | |
| 月 | 火 | | 水 | 木 | | 金 | 土 | | 日 |
| 時　　分～　　時　　分 | | | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
| 時　　分～　　時　　分 | | | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
| 時　　分～　　時　　分 | | | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
| 時　　分～　　時　　分 | | | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
| 時　　分～　　時　　分 | | | | | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
| 祝祭日年末年始以外の休み（創立記念日など） | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 相談対応者  の職種 | | 窓口での相談 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 電話による相談 | | | |  | | | | | | | | | | |
| ＦＡＸによる相談 | | | |  | | | | | | | | | | |
| Ｅメールによる相談 | | | |  | | | | | | | | | | |
| オンラインによる相談 | | | |  | | | | | | | | | | |
| その他（　　　　　） | | | |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 13 | | 同意事項  （該当するものの  □に☑を記入） | | 拠点病院と連携した、診断が困難な症例や標準的治療では病態が安定化しない重症及び難治性アレルギー疾患患者に対する診断、治療、管理を実施 | | | | | | | □ 同意する | | |
| □ 同意しない | | |
| 府民向け普及啓発への参画、協力  《府や大阪府アレルギー疾患医療拠点病院が実施する患者・家族向け講演会や普及・啓発事業、等》 | | | | | | | □ 同意する | | |
| □ 同意しない | | |
| 地域の医療機関に対するアレルギー疾患医療についての情報提供 | | | | | | | □ 同意する | | |
| □ 同意しない | | |
| アレルギー疾患医療についての普及、啓発、情報提供の実施 | | | | | | | □ 同意する | | |
| □ 同意しない | | |
| 府や拠点病院が実施する、医療従事者、保健師、栄養士、学校・児童福祉施設職員等に対する研修への参画・協力 | | | | | | | □ 同意する | | |
| □ 同意しない | | |
| 国や府が行う調査・研究等への協力 | | | | | | | □ 同意する | | |
| □ 同意しない | | |
| 府内の学校や児童福祉施設等が抱えるアレルギー疾患に関する諸問題に対して、市町村の教育委員会や関係部局に対する、医学的見地からの助言や支援 | | | | | | □ 同意する | | | |
| □ 同意しない | | | |
| 大阪府アレルギー疾患医療拠点病院連絡会議への参画 | | | | | | □ 同意する | | | |
| □ 同意しない | | | |
| 14 | アレルギー総合診療科（センター）等設置の有無  （該当するものの  □に☑を記入）  ※アレルギー総合診療科（センター）等を設置している場合は、部門の名称、部門長について記入し、所属する者については、勤務形態ごとの人数を記載してください。 | | アレルギーに関する専門外来、センター等を設置している  □ はい（以下の各項目を記入してください）  □ いいえ（以下の各項目への記入は不要） | | | | | | | | | | |
| 部門の名称 | | |  | | | | | | | |
| 部門長 | | 職種、専門医資格  ※関連するもの３つまで記載してください） | |  | | | | | | |
| 勤務形態 | | □ 常勤　□ 非常勤 | | | | | | |
| □ 専従　□ 専任　□ 兼任 | | | | | | |
| ※「専従」及び「専任」とは、当該医療機関における当該医療従事者が、「専従」については「８割以上」、「専任」については「５割以上」、当該業務に従事しているものをいう | | | | | | | | |
| アレルギー疾患に関する治療の経験年数 | | 年 | | | | | | |
| アレルギー総合診療科（センター）等に所属する者の人数 | | | | 常勤 | 非常勤 | 専任 | | | 専従 | 兼任 |
|  |  |  | | |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 15 | 連携協力病院としての取り組み | 貴医療機関が連携協力病院となった場合、各項目についてどのように取り組んでいくのかを記載してください（別紙での提出も可） |
| （１）診療 |
|  |
| （２）情報提供 |
|  |
| （３）人材育成 |
|  |
| （４）研究 |
|  |
| （５）その他 |
|  |

【別紙】　診療体制の詳細

該当するものの□に☑を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **診療**　必要に応じて拠点病院と連携した、重症および難治性アレルギー疾患の正確な診断・治療・管理の可否 | | |
| ◆診断 |  |  |
| アレルギー全般 | アレルゲン同定の検査実施および評価（血液検査、プリックテスト、パッチテスト等）の実施 | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| アナフィラキシーの原因同定の可否 | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 日本アレルギー学会の最新の「診療ガイドライン」に基づく標準的な治療方法の実践 | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 肺及び下気道領域 | 肺機能検査を用いた評価の実施 | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 呼気ＮＯ測定を用いた評価の実施 | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 呼吸抵抗測定を用いた評価の実施 | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 気道過敏性試験を用いた評価の実施 | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 気管支喘息及び鑑別疾患の正確な診断の実施 | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 皮膚領域 | アトピー性皮膚炎の正確な診断の実施 | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 重症及び難治性アレルギー性皮膚疾患の正確な診断の実施 | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 上気道領域 | アレルギー性鼻炎の正確な診断の実施 | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 下気道、眼、皮膚疾患に影響する上気道疾患の正確な診断の実施 | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 眼領域 | アレルギーが関与する眼疾患の正確な診断の実施 | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 食物アレルギー | 運動誘発試験を含む食物経口負荷試験の実施および評価の実施 | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 重症および難治性食物アレルギーの診断 | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| ◆治療 |  |  |
| アレルギー全般 | アレルゲン免疫療法の実施（舌下免疫療法） | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| アレルゲン免疫療法の実施（皮下療法） | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 肺及び下気道領域 | 重症及び難治性気管支喘息の治療 | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 皮膚領域 | 重症及び難治性のアトピー性皮膚炎・アレルギー性皮膚疾患の治療 | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 上気道領域 | 重症及び難治性の下気道、眼、皮膚疾患に影響する上気道疾患の治療 | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 眼領域 | 重症及び難治性の眼領域アレルギー疾患の治療 | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| ◆管理 |  |  |
| アレルギー全般 | 重症及び難治性アレルギー疾患の長期管理 | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 食物アレルギー領域 | 重症及び難治性食物アレルギーの長期管理 | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| ◆その他 | |  |
| アレルギー疾患患者に関する複数診療科での症例検討会の実施 | | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 看護師によるアレルギー疾患患者に対するスキンケア指導の実施 | | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 薬剤師によるアレルギー疾患患者に対するアレルギー疾患治療薬の服薬指導の実施 | | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 栄養士による食物アレルギー患者に対する栄養指導の実施 | | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| エピペン講習会の実施 | | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 地域のかかりつけ医等との診療連携ネットワークの有無（紹介・逆紹介、定期的な会議等） | | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| アレルギー疾患に関する相談体制の有無 | | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |
| 複数科が連携したアレルギー疾患の総合的な診療体制の有無（例：アレルギーセンター等） | | □ 実施済　□ 実施予定なし　□ 将来的に実施 |