

島根県難病指定医指定要領 一部改正
新旧対照表

新

旧

島根県難病指定医指定要領	島根県難病指定医指定要領
<p>第1～第9【略】</p> <p>附 則</p> <p><u>1 この要領は、令和4年4月1日から施行する。</u></p> <p>別表【略】</p>	<p>第1～第9【略】</p> <p>附 則</p> <p>別表【略】</p>

島根県難病指定医指定要領 一部改正
新旧対照表

新

旧

様式第1号 (表面)

様式第1号		難病指定医・協力難病指定医 小児慢性特定疾病指定医		指定申請書	
島根県知事 様		氏名		年 月 日	
		住所 〒			
		電話番号			
<p>・難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項・に規定する指定医の指定を受けたいので、 ・児童福祉法第19条の3第1項</p> <p>・難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第15条の規定に基づき申請します。 ・児童福祉法施行規則第7条の11</p>					
申請区分 (該当に○)		難病指定医 ・ 協力難病指定医 ・ 小児慢性特定疾病指定医			
生年月日		年 月 日			
医籍登録番号		医 籍 登 録 年 月 日		年 月 日	
す① れ又 かは を② を記 の載 い	①	専門医の 名 称	専門医の 認定機関 (学会)	専門医の 有効期間	年 月 日迄
	②	研修の 名 称	(難病) (小児慢性)	研 修 了 日	年 月 日
<p>※ 上記①又は②の記載要領 ①専門医要件での難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の申請をする場合に記載。 ②指定医の研修了資格による難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の申請をする場合、もしくは協力難病指定医の申請の場合に記載。</p>					
主たる 勤務先の 医療機関	難病 指定医	医療機関名			
		所在地	〒		
		電話番号			
		担当する 診療科			
	小児慢性 特定疾病 指定医	医療機関名			
		所在地	〒		
		電話番号			
		担当する 診療科			
添付書類					
<p>1. 医師免許証の写し(裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと) 2. 難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の申請の場合は、専門医に認定されていることを証明する書類の写しまたは指定医の研修了を証明する書類の写し 3. 協力難病指定医の申請の場合は、協力難病指定医の研修了を証明する書類の写し</p>					
(裏面に続く)					

様式第1号 (表面)

様式第1号		難病指定医・協力難病指定医 小児慢性特定疾病指定医		指定申請書	
島根県知事 様		氏名		年 月 日	
		住所 〒			
		電話番号			
<p>・難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項・に規定する指定医の指定を受けたいので、 ・児童福祉法第19条の3第1項</p> <p>・難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第15条の規定に基づき申請します。 ・児童福祉法施行規則第7条の11</p>					
申請区分 (該当に○)		難病指定医 ・ 協力難病指定医 ・ 小児慢性特定疾病指定医			
生年月日		年 月 日		性 別	男 ・ 女
医籍登録番号		医 籍 登 録 年 月 日		年 月 日	
す① れ又 かは を② を記 の載 い	①	専門医の 名 称	専門医の 認定機関 (学会)	専門医の 有効期間	年 月 日迄
	②	研修の 名 称	(難病) (小児慢性)	研 修 了 日	年 月 日
<p>※ 上記①又は②の記載要領 ①専門医要件での難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の申請をする場合に記載。 ②指定医の研修了資格による難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の申請をする場合、もしくは協力難病指定医の申請の場合に記載。</p>					
主たる 勤務先の 医療機関	難病 指定医	医療機関名			
		所在地	〒		
		電話番号			
		担当する 診療科			
	小児慢性 特定疾病 指定医 <small>(松江市内の 医療機関を除く)</small>	医療機関名			
		所在地	〒		
		電話番号			
		担当する 診療科			
添付書類					
<p>1. 医師免許証の写し(裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと) 2. 難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の申請の場合は、専門医に認定されていることを証明する書類の写しまたは指定医の研修了を証明する書類の写し 3. 協力難病指定医の申請の場合は、協力難病指定医の研修了を証明する書類の写し</p> <p>※ 小児慢性特定疾病指定医の申請で、松江市・松江市外両方に勤務があり、かつ、診断書の作成を両方で行う場合は、島根県と松江市それぞれに申請が必要です。</p>					
(裏面に続く)					

島根県難病指定医指定要領 一部改正
新旧対照表

新

旧

様式第1号（裏面）

○ 主たる勤務先以外に勤務し、診断書を作成する可能性のある医療機関があれば記載し、かつ、該当する指定医区分（難病・小児慢性）に☐を入れてください。

1	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
2	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
3	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
4	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
5	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	

経 歴 書

※5年以上の診断又は治療に従事した経験（臨床研修期間を含む。）があることが分かれば、全ての経歴を記載する必要はありません。

診断又は治療に従事した期間	従事した診療科	従事した医療機関名
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
合計 期間	計	年 か月

様式第2号～第2号の2【略】

様式第1号（裏面）

○ 表面の勤務先以外に勤務し、診断書を作成する可能性のある医療機関があれば記載し、かつ、該当する指定医区分（難病・小児慢性）に☐を入れてください。

1	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
2	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
3	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
4	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
5	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	

経 歴 書

※5年以上の診断又は治療に従事した経験（臨床研修期間を含む。）があることが分かれば、全ての経歴を記載する必要はありません。

診断又は治療に従事した期間	従事した診療科	従事した医療機関名
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
合計 期間	計	年 か月

様式第2号～第2号の2【略】

島根県難病指定医指定要領 一部改正
新旧対照表

新

旧

様式第3号 (表面)

様式第3号 難病指定医・協力難病指定医 変更届出書
小児慢性特定疾病指定医

島根県知事 様

指定医番号
医師氏名

年 月 日

・難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項・
・児童福祉法第19条の3第1項 以下に規定する指定医の指定について、
以下の事項について変更があったため届け出ます。

申請区分 (該当に○)		難病指定医		協力難病指定医		小児慢性特定疾病指定医	
変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	指定医氏名					
	<input type="checkbox"/>	連絡先	〒 (電話番号)				
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号					
	<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	年 月 日				
	<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の医療機関	難病指定医	医療機関名			
所在地				〒			
電話番号							
担当する診療科							
小児慢性特定疾病指定医		医療機関名					
		所在地	〒				
		電話番号					
		担当する診療科					

上記の変更のあった年月日 年 月 日

(備考)
1. 変更のない事項については記載不要。
2. 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付。

(裏面に続く)

様式第3号 (表面)

様式第3号 難病指定医・協力難病指定医 変更届出書
小児慢性特定疾病指定医

島根県知事 様

指定医番号
医師氏名

年 月 日

・難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項・
・児童福祉法第19条の3第1項 以下に規定する指定医の指定について、
以下の事項について変更があったため届け出ます。

申請区分 (該当に○)		難病指定医		協力難病指定医		小児慢性特定疾病指定医	
変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	指定医氏名					
	<input type="checkbox"/>	連絡先	〒 (電話番号)				
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号					
	<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	年 月 日				
	<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の医療機関	難病指定医	医療機関名			
所在地				〒			
電話番号							
担当する診療科							
小児慢性特定疾病指定医 (松江市内の医療機関を除く)		医療機関名					
		所在地	〒				
		電話番号					
		担当する診療科					

上記の変更のあった年月日 年 月 日

(備考)
1. 変更のない事項については記載不要。
2. 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付。
※ 小児慢性特定疾病指定医の届出で、松江市・松江市外両方に勤務があり、かつ、診断書の作成を両方で行う場合は、島根県と松江市それぞれに届出が必要です。

(裏面に続く)

島根県難病指定医指定要領 一部改正
新旧対照表

新

旧

様式第3号（裏面）

○ 主たる勤務先以外に勤務し、診断書を作成する可能性のある医療機関に追加又は変更があれば記載し、かつ、該当する指定医区分（難病・小児慢性）に☑を入れてください。

1	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する 診療科	
2	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する 診療科	
3	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する 診療科	
4	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する 診療科	
5	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する 診療科	

様式第3号（裏面）

○ **表面の**勤務先以外に勤務し、診断書を作成する可能性のある医療機関に追加又は変更があれば記載し、かつ、該当する指定医区分（難病・小児慢性）に☑を入れてください。

1	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する 診療科	
2	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する 診療科	
3	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する 診療科	
4	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する 診療科	
5	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する 診療科	

島根県難病指定医指定要領 一部改正
新旧対照表

新

旧

様式第4号 (表面)

様式第4号		難病指定医・協力難病指定医 小児慢性特定疾病指定医		更新申請書		年 月 日	
島根県知事 様		指定医番号		医師氏名			
<p>・難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項・ ・児童福祉法第19条の3第1項 に規定する指定医の指定について 更新したいので、以下のとおり申請します。</p>							
申請区分 (該当に○)		難病指定医		協力難病指定医		小児慢性特定疾病指定医	
① れ又 かは を記 載い す	①	専門医の 名 称	専門医の 認定機関 (学会)	専門医の 有効期間	年 月 日迄		
	②	研 修 の 名 称	(難病) (小児慢性)	研 修 了 日	年 月 日		
変 更 の あ る 事 項 に チ ェ ッ ク し 、 変 更 後 の 内 容 を 記 載	<input type="checkbox"/>	指定医氏名					
	<input type="checkbox"/>	連 絡 先	〒 (電話番号)				
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 番 号					
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 年 月 日	年 月 日				
<input type="checkbox"/>	主たる 勤務先の 医療機関	難 病 指 定 医	医療機関名				
			所 在 地	〒			
			電 話 番 号				
	小児慢性 特定疾病 指 定 医	担当する 診 療 科					
		医療機関名					
		所 在 地	〒				
		電 話 番 号					
		担当する 診 療 科					
添付書類							
1. 難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の更新申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類の写しまたは指定医の研修修了を証明する書類の写し 2. 協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類の写し 3. 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写し							
(裏面に続く)							

様式第4号 (表面)

様式第4号		難病指定医・協力難病指定医 小児慢性特定疾病指定医		更新申請書		年 月 日	
島根県知事 様		指定医番号		医師氏名			
<p>・難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項・ ・児童福祉法第19条の3第1項 に規定する指定医の指定について 更新したいので、以下のとおり申請します。</p>							
申請区分 (該当に○)		難病指定医		協力難病指定医		小児慢性特定疾病指定医	
① れ又 かは を記 載い す	①	専門医の 名 称	専門医の 認定機関 (学会)	専門医の 有効期間	年 月 日迄		
	②	研 修 の 名 称	(難病) (小児慢性)	研 修 了 日	年 月 日		
変 更 の あ る 事 項 に チ ェ ッ ク し 、 変 更 後 の 内 容 を 記 載	<input type="checkbox"/>	指定医氏名					
	<input type="checkbox"/>	連 絡 先	〒 (電話番号)				
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 番 号					
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 年 月 日	年 月 日				
<input type="checkbox"/>	主たる 勤務先の 医療機関	難 病 指 定 医	医療機関名				
			所 在 地	〒			
			電 話 番 号				
	小児慢性 特定疾病 指 定 医 <small>(松江市内の 医療機関を 除く)</small>	担当する 診 療 科					
		医療機関名					
		所 在 地	〒				
		電 話 番 号					
		担当する 診 療 科					
添付書類							
1. 難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の更新申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類の写しまたは指定医の研修修了を証明する書類の写し 2. 協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類の写し 3. 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写し ※ 小児慢性特定疾病指定医の申請で、松江市・松江市外両方に勤務があり、かつ、診断書の作成を両方で行う場合は、島根県と松江市それぞれに申請が必要です。							
(裏面に続く)							

島根県難病指定医指定要領 一部改正
新旧対照表

新

旧

様式第4号（裏面）

主たる勤務先以外に勤務し、診断書を作成する可能性のある医療機関があれば記載し、かつ、該当する指定医区分（難病・小児慢性）に☑を入れてください。

1	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
2	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
3	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
4	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
5	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	

様式第4号（裏面）

表面の勤務先以外に勤務し、診断書を作成する可能性のある医療機関があれば記載し、かつ、該当する指定医区分（難病・小児慢性）に☑を入れてください。

1	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
2	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
3	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
4	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
5	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	

島根県難病指定医指定要領 一部改正
新旧対照表

新

旧

様式第5号

様式第5号

難病指定医・協力難病指定医
小児慢性特定疾病指定医

辞退届

年 月 日

島根県知事 様

指定医番号

医師氏名

・難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項・
・児童福祉法第19条の3第1項

に規定する指定医の指定について

以下のとおり指定を辞退します。

指定医氏名			
連絡先	〒 (電話番号)		
主たる勤務先の医療機関	難病指定医	医療機関名	
		所在地	〒
		電話番号	
		担当する診療科	
	小児慢性特定疾病指定医	医療機関名	
		所在地	〒
		電話番号	
		担当する診療科	
辞退理由			

* 辞退届の記載事項については、法令で定めるものはないため、適宜省略可。

様式第5号

様式第5号

難病指定医・協力難病指定医
小児慢性特定疾病指定医

辞退届

年 月 日

島根県知事 様

指定医番号

医師氏名

・難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項・
・児童福祉法第19条の3第1項

に規定する指定医の指定について

以下のとおり指定を辞退します。

指定医氏名			
連絡先	〒 (電話番号)		
主たる勤務先の医療機関	難病指定医	医療機関名	
		所在地	〒
		電話番号	
		担当する診療科	
	小児慢性特定疾病指定医 (松江市内の医療機関を除く)	医療機関名	
		所在地	〒
		電話番号	
		担当する診療科	
辞退理由			

* 辞退届の記載事項については、法令で定めるものはないため、適宜省略可。