

一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程施行細則

(様式)

第1条 委員会の使用する様式を、次のごとくに定める。

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| (1) 規程第7条第1項の指定申請書 | 様式第1号 |
| (2) 規程第7条第1項第1号の履歴書 | 様式第2号 |
| (3) 規程第7条第1項第2号の指導証明書 | 様式第3号 |
| (4) 規程第7条第1項第3号の研修症例実施報告書 | 様式第4号 |
| (5) 規程第7条第1項第4号の遵守事項誓約書 | 様式第5号 |
| (6) 規程第7条第2項の副申書 | 様式第6号 |
| (7) 規程第7条の2第1項の医療施設の設備指定申請書 | 様式第7号 |
| (8) 規程第7条の2第1項第2号等の連携施設届出書 | 様式第8号 |
| (9) 規程第7条の2第2項の指定設備変更申請書 | 様式第9号 |
| (10) 規程第7条の3の指定事項変更届 | 様式第10号 |
| (11) 規程第8条の指定更新申請書 | 様式第11号 |
| (12) 規程第14条の研修機関認定申請書 | 様式第12号 |
| (13) 規程第15条第2項の意見書 | 様式第13号 |
| (14) 規程第15条第4項の指定証書 | 様式第14号 |
| (15) 規程第15条第4項の母体保護法指定医師標識 | 母体保護法施行規則第8条
別記様式第7号による。 |

(標識の掲示)

第2条 指定医師は、医療施設の見易い場所に母体保護法指定医師標識を掲げなければならない。

(審査料)

第3条 指定申請に関する審査料は、次のとおりとする。

- | | |
|----------------------|----------|
| (1) 規程第7条第1項による審査料 | |
| 会 員 | 10,000 円 |
| 非会員 | 30,000 円 |
| (2) 規程第7条の2第2項による審査料 | |
| 会 員 | 3,000 円 |
| 非会員 | 10,000 円 |
| (3) 規程第8条による審査料 | |
| 会 員 | 3,000 円 |
| 非会員 | 10,000 円 |

(研修機関一覧表)

第4条 規程第14条により本会が認定した指定医師研修機関については、一覧表を備え置くものとする。

(指定不可等の通知)

第5条 規程第15条の指定の不可及び第19条の通知には、その理由を付記しなければならない。

(審査の請求)

第6条 規程第20条による審査の請求には、指定医師として不適格でないことを立証するに足る書類を添えなければならない。

(更新前の通知)

第7条 本会は、指定更新を要する指定医師に対して1か月以前にこれを通知する。

(登録)

第8条 指定医師及び指定設備の登録番号は、次のとおりとする。

(1) 指定医師

静岡県医師会の番号、指定及び更新の年度、指定医師の番号

(例) 022 — 〇〇 — 〇〇 — 0001

(静岡) (指定年度) (更新年度) (指定医師の番号)

(2) 指定設備

静岡県医師会の番号、指定の年度、指定設備の番号

(例) 022 — 〇〇 — 001

(静岡) (指定年度) (指定設備の番号)

(人工妊娠中絶実施後の届出)

第9条 書類の届出は、翌月10日までに静岡県知事に届け出ること。

(1) 人工妊娠中絶を行った医師は、その月中の手術の実施報告票を各自で記載すること。

なお、人工妊娠中絶の実施件数が0件の場合も必ず報告すること。

(2) 複数の指定医師がいる施設では、責任者が各自の実施報告票をとりまとめ届けること。

附 則

(施行期日)

1 この細則は、平成26年11月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この細則は、平成27年11月1日から施行する。

様式第1号（規程第7条第1項関係）

母体保護法指定医師申請書

平成 年 月 日

静岡県医師会長 様

所在地
医療施設名
氏 名

⑩

母体保護法第14条による指定医師として指定を受けたく、一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程第7条第1項の定めに基づき、下記書類に指定審査料（会員：10,000円、非会員：30,000円）也を添えて申請します。

記

- | | |
|-----------------------------------|----|
| 1. 履歴書（様式第2号） | 1通 |
| 2. 指導証明書（様式第3号）又は日本産科婦人科学会専門医証の写し | 1通 |
| 3. 研修症例実施報告書（様式第4号） | 1通 |
| 4. 遵守事項誓約書（様式第5号） | 1通 |

履 歴 書

平成 年 月 日現在

1. 申請者氏名	印	
2. 生年月日	年 月 日	年齢: 満 才
3. 現住所	〒 電話:	
4. 本籍地		
5. 医師会名		
6. 医療施設名		
7. 所在地	〒 電話:	
8. 管理者氏名		
9. 医師会・学会等の入会状況	郡市医師会(会員・非会員) 静岡県医師会(会員・非会員) 静岡県産婦人科医会(会員・非会員) 静岡産科婦人科学会(会員・非会員)	
10. 出身学校	卒業年月日: 年 月 日	
11. 医籍登録番号	登録年月日: 年 月 日	
12. 日本産科婦人科学会専門医番号	-N-	
13. 指導を受けた医療機関	施設名: 指導医名: 指導期間: 年 月	
14. 以前に指定を受けたことのある方	都道府県名: 指定年月日: 年 月 日	
年	月	履 歴

必要事項を記入するか○で囲んで下さい。
 5. について、非会員にあっては、医療施設の所在地の郡市医師会を記入して下さい。
 12. に記入した場合は13. は記入しなくて結構です。

指導証明書

平成 年 月 日

静岡県医師会長 様

所在地
指導施設名
施設管理者氏名 ⑩
主任指導医師氏名 ⑩

(氏名) _____ の実地指導について下記証明する。

記

1. 静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程指定基準の技能（注1）に示す実地指導を（①完了 ②一部実施）した。

2. 指導医師氏名および指導期間（注2）

指導医師氏名	指導期間
	自 至 _____ の 年 月
	自 至 _____ の 年 月
	自 至 _____ の 年 月

（注1）指定を受ける医師は、医師免許取得後5年以上経過し、産婦人科の研修を3年以上受けた者又は日本産科婦人科学会専門医の資格を有する者であって、研修期間中に20例以上の人工妊娠中絶手術又は流産手術の実地指導を受けた者でなければならない。

指定を受けるための研修機関は、医育機関の附属施設又は年間開腹手術50例以上（腹腔鏡手術を含める。）、分娩数120例以上を取り扱う施設で、2名以上の母体保護法指定医師を有するものであること。また、母体保護法指定医師で、研修医を教育することができる人格及び技能を備えた主任指導医が存在すること。主任指導医は原則として、産婦人科専門医の資格を有するものであること。

（注2）（1）指導医師が交代した場合には、同一施設であっても指導医師氏名および指導期間を記入すること。

（2）指導施設が2ヶ所以上の場合には、施設毎に指導証明書を提出すること。

様式第5号（規程第7条第1項第4号関係）

遵 守 事 項 誓 約 書

平成 年 月 日

静岡県医師会長 様

所在地
医療施設名
氏 名

印

下記の諸事項を遵守することを誓約します。

記

1. 人工妊娠中絶手術の適応を厳守すること。
2. 中絶手術及び不妊手術の届出の正確を期すること。
3. 診療内容は産婦人科医療を主体とすること。
4. 医師会及び産婦人科専門団体の行う研修を受講すること。
5. 人工妊娠中絶手術の実施は、指定医師として指定を受けた施設内のみとし、往診先又は他の施設において行わないこと。
6. 必要に応じて受胎調節の指導を実施すること。

様式第6号（規程第7条第2項関係）

副 申 書

平成 年 月 日

静岡県医師会長様

医師会長

㊟

母体保護法指定医師申請者（ ）に関する意見は下記のとおりであります。

記

1. 人 格 （ 適 ・ 否 ）
2. 技 能 （ 適 ・ 否 ）
3. 設 備 （ 適 ・ 否 ）
4. 総 合 意 見 （ 適 ・ 否 ）

様式第7号（規程第7条の2第1項関係）

医療施設の設備指定申請書

平成 年 月 日

所在地

TEL

医療施設名

管理者名

氏名

印

指定医師指定番号

診療科目

従事する医療施設について指定を受けたく、一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程第7条の2第1項の規定に基づき申請します。

記

1. 入院設備 ※ ○で囲んでください。

有 (床)

無 (※「連携施設届出書」(様式第8号)を添付すること)

2. 産婦人科施設

分娩室 (有 ・ 無)

手術・処置室 (有 ・ 無)

回復室 (有 ・ 無)

3. 産婦人科設備

手術台 (有 ・ 無)

酸素吸入設備 (有 ・ 無)

蘇生器具 (有 ・ 無)

呼吸心拍監視装置 (有 ・ 無)

転送電話 (有 ・ 無)

携帯電話 (有 ・ 無)

4. 従事者数

医師	看護師	助産師	准看護師
人	人	人	人

(医療施設全体)

当直医	看護師
人	人

必要事項を記入するか、○で囲んでください。

なお、医療施設の平面見取図を添付してください。

様式第8号（規程第7条の2第1項第2号、第14条関係）

連携施設届出書

平成 年 月 日

静岡県医師会長 様

所在地

医療施設名

代表者名

⑩

本施設は、下記の医療施設に関し一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程に基づく連携施設であることを届け出ます。

記

医療施設名 _____

代表者名 _____

※ 申請者の医療施設が入院設備を有しない場合又は研修機関の要件を満たさない場合は、必ず届け出ること。

母体保護法指定設備変更申請書

平成 年 月 日

静岡県医師会長 様

所在地

TEL

医療施設名

指定施設番号

管理者名

申請者氏名

印

指定医師指定番号

所属医師会

平成 年 月 日母体保護法第14条に定める指定医師の指定を受けましたが、

1. 施設移転 2. 病院⇔診療所 3. 施設内の設備
4. 従事施設
(該当事由に○を記入)

について変更が生じたので、一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程第7条第3項の定めに基づき、指定の変更を受けたく、下記書類に指定審査料（会員：3,000円、非会員：10,000円）也を添えて申請します。

記

1. 旧指定証書 1通
2. 施設内の設備を変更した場合には、医療施設の平面見取図 1通
3. 変更点及び理由をご記入ください。

母体保護法指定医師指定事項変更届

平成 年 月 日

静岡県医師会長 様

所在地
医療施設名
氏名
指定医師指定番号

印

平成 年 月 日母体保護法第 14 条に定める指定医師の指定を受けましたが、

- | | | | | |
|---|-------------|-----------|---------|---|
| [| 1. 医籍登録番号 | 2. 氏名 | 3. 施設名称 |] |
| | 4. 個人⇔法人 | 5. 施設住居表示 | 6. その他 | |
| | (該当事由に○を記入) | | | |

について変更が生じたので、下記書類を添えて報告します。

記

- ・旧指定証書 1 通
- ・変更点及び理由をご記入ください。

母体保護法指定医師指定更新申請書

平成 年 月 日

静岡県医師会長 様

所在地
医療施設名
指定施設番号
氏 名
指定医師指定番号

印

平成 年 月 日母体保護法第 14 条に定める指定医師の指定を受けましたが、一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程第 8 条の定めに基づき、指定の更新を受けたく、下記書類に指定審査料（会員：3,000 円、非会員：10,000 円）也を添えて申請します。

記

1. 医師会・学会の入会状況等

- (1) 医事に関する法規違反（有・無）
(2) 郡市医師会（会員・非会員）
静岡県医師会（会員・非会員）
静岡県産婦人科医会（会員・非会員）
静岡産科婦人科学会（会員・非会員）

*必要事項を○で囲んでください。

2. 添付書類

- (1) 遵守事項誓約書（様式第 5 号） 1 通
(2) 母体保護法指定医師研修会参加証 1 枚
(3) 日本産婦人科医会研修参加証 6 枚相当
(日本医師会生涯教育制度参加証、都道府県医師会研修証明書、日本産科婦人科学会研修シール等を勘案する。)

研修機関認定申請書

平成 年 月 日

所在地

TEL

医療施設名

代表者氏名

⑩

研修機関の認定を受けたく、一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程第 14 条の規定に基づき申請します。

記

1. 入院設備 (床)
2. 産婦人科施設
- 分娩室 (有 ・ 無)
- 手術室 (有 ・ 無)
- 回復室 (有 ・ 無)
3. 産婦人科設備
- 手術台 (有 ・ 無)
- 麻酔器 (有 ・ 無)
- 蘇生器具 (有 ・ 無)
- 呼吸心拍監視装置 (有 ・ 無)
4. 緊急手術への対応 (可 ・ 否)
5. 主任指導医 (在 ・ 不在)
6. 従事者数

母体保護法指定医師	看護師	助産師
人	人	人

7. 症例実施件数 (前 3 年の平均数)

開腹手術	分娩数
件	件

- ※ 1 必要事項を記入するか、○で囲んでください。
- ※ 2 該当する医療施設の平面見取図を添付してください。
- ※ 3 単独で研修機関の要件を満たさない場合は、連携施設届出書 (様式第 8 号) を添付してください。

様式第 13 号（規程第 15 条第 2 項関係）

意見書

平成 年 月 日

静岡県医師会長様

静岡県医師会母体保護法指定医師審査委員会

委員長

㊟

平成 年 月 日付け静医発第 号をもって諮問のありました、母体保護法指定医師申請者（ ）の指定に関する意見は下記のとおりであります。

記

1. 適

2. 否

（理由）

様式第 14 号（表）（規程第 15 条第 4 項関係）

第 号

指 定 証 書

所 在 地

医療施設名

氏 名

母体保護法（昭和 23 年法律 156 号）第 14 条に基づき上記の者を母体保護法指定
医師として指定する。

なお、指定期間は平成 年 月 日から平成 年 月 日までとする。

平成 年 月 日

静岡県医師会長

注 意 事 項

1. 表記の医療施設における診療を離れたときは本指定は効力を失います。
2. 下記について変更が生じときは指定設備変更申請が必要です。

- ①施設移転
- ②病院⇄診療所
- ③施設内の設備
- ④従事施設

遵 守 事 項

1. 人工妊娠中絶手術の適応を厳守すること。
2. 中絶手術及び不妊手術の届出の正確を期すること。
3. 診療内容は産婦人科医療を主体とすること。
4. 医師会及び産婦人科専門団体の行う研修を受講すること。
5. 人工妊娠中絶手術の実施は、指定医師として指定を受けた施設内のみとし、往診先又は他の施設において行わないこと。
6. 必要に応じて受胎調節の指導を実施すること。

一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程施行細則
(人工妊娠中絶実施後の届出)

第 9 条 書類の届出は、翌月 10 日までに静岡県知事に届け出ること。

- (1) 人工妊娠中絶を行った医師は、その月中の手術の実施報告票を各自で記載すること。なお、人工妊娠中絶の実施件数が 0 件の場合も必ず報告すること。
- (2) 複数の指定医師がいる施設では、責任者が各自の実施報告票をとりまとめ届けること。