日本眼炎症学会

TNF阻害薬使用登録施設変更届

※　変更が生じた場合は、以下の該当する箇所をご記入頂きまして日本眼炎症学会事務局へメール添付（jois\_sec@staffroom.jp）にてお送りください。

届け出る方の氏名・連絡先等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 会員番号 |
| 氏　名 | 　 | 　 |
| E-mail |  |  |  |  |

変更の内容　　【施設ごとに該当番号に○印及び□にはレ印をご記入ください。】

1．　主所属施設の変更

□施設要件を満たす導入施設である　□施設要件を満たす維持療法施設である（施設基準については下段に記載）

|  |  |
| --- | --- |
| 旧所属施設名称 |  |
| 新所属施設名称 |  |
| 新所属施設住所 | 〒 |
|  |

2.　主所属施設以外にTNF阻害薬を使用する施設の変更

|  |  |
| --- | --- |
| 旧所属施設名称 |  |
| 新所属施設名称 |  |
| 新所属施設住所 | 〒 |
|  |

□施設要件を満たす導入施設である　□施設要件を満たす維持療法施設である（施設基準については下段に記載）

2.　主所属施設以外にTNF阻害薬を使用する施設の変更

|  |  |
| --- | --- |
| 旧所属施設名称 |  |
| 新所属施設名称 |  |
| 新所属施設住所 | 〒 |
|  |

□施設要件を満たす導入施設である　□施設要件を満たす維持療法施設である（施設基準については下段に記載）

**施設基準**

日本眼炎症学会事務局：169-0075東京都新宿区高田馬場2-4-7

TEL：03-5287-3801　FAX：03-5287-3802　Email：jois\_sec@staffroom.jp

【施設要件：導入施設】

・重篤な副作用の発現などに対する定期的な検査や、投与時に急速に発症する可能性のある副作用に迅速に対応できること

・呼吸器内科医、放射線専門医、感染症専門医などと連携した対応が十分可能であること

・TNF阻害薬の使用に精通した内科医との連携ができること

【施設要件：維持療法施設】

・日常診療において、導入施設との連携が的確に行われていること

・緊急時には導入施設と連携し、迅速な対応が可能であること

・維持療法後も導入施設において定期的な経過観察を並行して実施可能であること