（様式３）

事　業　実　施　計　画　書

法人等名

|  |
| --- |
| 1. 法人の診療実績等 |
| *・免疫アレルギー疾患に関する診療実績、免疫アレルギー疾患及びその他の疾病に関する両立支援の実績、国庫補助金の事務処理体制、都道府県と連携した免疫アレルギー疾患対策に関する取組について記載して下さい。* |
| 1. 事業実施計画 |
| ア　本事業の実施体制  *・相談支援員の配置（職種、人数、経験年数、相談支援実績、研修の受講状況）、両立支援チームの構成（職種、人数）、療養指導等の実施体制（職種、人数）については、必ず記載して下さい。*  イ　本事業の支援対象者  *・支援対象者（①アレルギー疾患患者・②①の家族等・③関節リウマチ患者・④③の家族等）とそれぞれの見込数については、必ず記載して下さい。*  ウ　患者等の課題把握と両立支援プランの策定  *・患者が抱える課題等の把握方法、両立支援プランの策定方法等を記載して下さい。また、患者の家族等に関する支援、関節リウマチ患者に関する支援等を行う場合は、その支援内容等が分かるように記載して下さい。*  エ　両立支援プランに基づく両立支援の実施  *・患者への療養指導、事業者等との連携・情報共有、継続的な支援（フォローアップ）の実施方法等を記載して下さい。また、患者の家族等に関する支援、関節リウマチ患者に関する支援等を行う場合は、その支援内容等が分かるように記載して下さい。*  オ　本事業の周知方法及び他の医療機関の患者等に関する相談対応  *・本事業の取組に関する普及啓発や広報等の実施方法、他の医療機関で治療を受けている患者等に関する相談への対応方法等を記載して下さい。* |
| 1. 補助によって得られる成果 |
| *・今後のアレルギー疾患対策、リウマチ対策に寄与する観点を含めて、記載して下さい。* |