（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、診療情報等を記載した文書作成や事業者等への提供など、取組内容を記載して下さい。*  オ　その他両立支援に資する取組の実施  *・普及啓発や広報等の実施、他の医療機関で治療を受けている患者等に関する相談対応、両立支援の希望を申し出られない患者に対する対応等、取組内容を記載して下さい。* |
| 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。* |