

# 麻酔科認定病院認定申請書

申請日：(西暦) 年 月 日

公益社団法人日本麻酔科学会理事長殿

(所在地)〒 (TEL)  
(FAX)

(病院名) ふりがな

(院長名) 公印

以下 5 点の認定基準に従い、医療法第六条の六第一項の規定による麻酔科認定病院として当病院の認定を申請します。また、記載内容に虚偽がないことを証明します。

〔認定基準〕 下記の (1) から (5) の基準を全て満たすこと

- (1) 麻酔科を標榜しており、常勤の麻酔科専門医が麻酔部門の長であること
- (2) 常勤の麻酔科医が管理する全身麻酔症例が年間 200 例以上あること
- (3) 安全な麻酔を行うための施設、設備が整備されていること
- (4) 図書整備、学会出席等、麻酔科医の自己研鑽の機会が与えられていること
- (5) 専門医を育成するための十分な施設、設備が整備されていること

---

## 麻酔科代表者

氏名： 印  
会員番号( ) 麻酔科専門医・指導医(○で囲む)

職名：麻酔科 (部・医・科) 長

上記職名 就任日： 年 月 日

麻酔科標榜医取得年月日( 年 月 日) 登録番号( )

麻酔科専門医取得年月日( 年 月 日) 登録番号( )

麻酔科指導医取得年月日( 年 月 日) 登録番号( )

週間勤務日数 日

---

担当者 (麻酔科代表者、施設の総務・庶務部門などの事務担当者など)

\* 申請手続きの窓口。変更、取消などの諸手続き、事務局からの連絡受取窓口となる者を指す。

氏名：

メールアドレス：

---

病床数 床 (内科系： 床 外科系： 床) 手術室数 室

診療科名（下記の項目より○で選び下さい。それ以外の科はその他にお書き下さい）

内科・心療内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・アレルギー科・リウマチ科・小児科・精神科  
神経内科・外科・整形外科・形成外科・脳神経外科・呼吸器外科・心臓血管外科・小児外科・産科  
婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・気管食道科・皮膚科・泌尿器科・放射線科・リハビリテーション科  
麻酔科            その他：

年間麻酔科管理全症例数 \_\_\_\_\_ 症例（     年   月   日～     年   月   日）

1) 詳細：①全身麻酔 \_\_\_\_\_ 症例   ②区域麻酔 \_\_\_\_\_ 症例   ③その他 \_\_\_\_\_ 症例  
（全身麻酔と区域麻酔の併用は全身麻酔を含む）

2) 麻酔が行われた場所

- ① 中央手術室 \_\_\_\_\_ 症例                            ③ 内視鏡室 \_\_\_\_\_ 症例  
② 心カテ・アンギオ等検査室 \_\_\_\_\_ 症例                            ④ その他 \_\_\_\_\_ 症例

3) 年間麻酔科管理全症例数の期間に在籍した常勤の麻酔科代表者

氏名・会員番号	資格(○で囲む)	勤務日数	勤務期間
(会員番号：                 )	指導医・専門医	日/週	年 月 日～                 年 月 日
(会員番号：                 )	指導医・専門医	日/週	年 月 日～                 年 月 日
(会員番号：                 )	指導医・専門医	日/週	年 月 日～                 年 月 日

麻酔器・麻酔用ベンチレータの種類とその数

下記の欄が不足する場合は別紙に記入下さい。

製造会社名	機種名	台数

合計                    台

麻酔管理用モニターの種類とその数

下記の欄が不足する場合は別紙に記入下さい。

製造会社名	機種名	台数

合計                    台

許可を受けた集中治療室の有無

病床数                    床