

公益社団法人日本麻酔科学会
麻酔科専門医再認定申請書 [基準1]

【受験番号 _____】

(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日現在

写真貼付 (4.5cm × 3.5cm)	ふりがな				印
	氏名				
	会員番号		性別 (○で囲む)	男 ・ 女	
	生年月日	(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日	生	旧姓	
ふりがな	_____				
現住所	〒 _____				
電話	() _____ - _____	E-mail :			
FAX	() _____ - _____				
勤務先	病院 センター				部 科
ふりがな	_____				
勤務先住所	〒 _____				
勤務先電話	() _____ - _____	勤務先 FAX	() _____ - _____		
認定医番号		専門医資格 喪失年月日	(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日		
受験科目 (○で囲む)	筆記試験	口頭試験	実技試験		
筆記試験 (再認定)	(西暦) _____ 年	合格	第 _____ 回		
口頭試験 (再認定)	(西暦) _____ 年	合格	第 _____ 回		
実技試験 (再認定)	(西暦) _____ 年	合格	第 _____ 回		

【事務局記入欄】

職 務 経 歴 書

(西暦)	職	歴	施設長署名	認定病院の資格
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無




※全ての申請に共通する書類となります。申請の際にはコピーを提出し、原本はお手元に保管しておいて下さい。
 ※各施設における施設長の署名と公印の捺印が必要となります。（ご自身が施設長の場合は、自署の上、公印を捺印して下さい。）

会員番号： _____
 氏 名： _____

訂正がある際は、病院の公印を捺印下さい。 職務経歴書

ゴム印でも可能です

院長名と病院の公印をお願い致します。

(西暦)	職	歴	施設長署名	認定病院の資格
××××年 ×月 ××日～	年 月 日	病院	院長 	○有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日	医療法人 病院	院長 	○有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日	キメックセンター	センター長 ×××× 	○有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～	年 月 日		印	有 ・ 無

麻酔以外の科に在職されている場合もご記入下さい。(職務経歴書のみ)
 数力所に渡って職務のある方(非常勤)も必ず証明をお取り下さい。

※全ての申請に共通する書類となります。申請の際にはコピーを提出し、原本はお手元に保管しておいて下さい。
 ※各施設における施設長の署名と公印の捺印が必要となります。(ご自身が施設長の場合は、自署の上、公印を捺印して下さい。)

会員番号: 1 2 3 4 5

氏名: 麻酔太郎

ブランクの期間(出産、育児等)につきましては、ご自身で補足書類(別紙)をご提出下さい。また留学されている場合は在学証明書、研究要旨をご提出下さい。

必ずご記入下さい。

麻 醉 経 歴 書

(西暦)	麻 醉 科 関 連 業 務 歴	責 任 者 (指 導 医 / 専 門 医) 署 名	認 定 病 院 の 資 格
年 月 日～ 年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～ 年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～ 年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～ 年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～ 年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～ 年 月 日		印	有 ・ 無
年 月 日～ 年 月 日		印	有 ・ 無

※全ての申請に共通する書類となります。申請の際にはコピーを提出し、原本はお手元に保管しておいて下さい。
 ※各施設における麻酔科責任者の署名と捺印が必要となります。（ご自身が麻酔科責任者の場合は、施設長の署名と捺印が必要です。）

会員番号： _____
 氏 名： _____

()年度 臨床実績報告書(年 月 日～ 年 月 日)

	勤務状況 (日/週)	分類/手術部位別		担当症例数	指導症例数
		分類	手術部位別		
麻酔	/週	分類	全身麻酔(吸入)	例	例
			全身麻酔(TIVA)	例	例
			全身麻酔(吸入)+硬・脊・伝麻	例	例
			全身麻酔(TIVA)+硬・脊・伝麻	例	例
			脊麻+硬膜外麻酔(CSEA)	例	例
			硬膜外麻酔	例	例
			脊髄くも膜下麻酔	例	例
			伝達麻酔	例	例
			その他	例	例
		手術部位別	開頭	例	例
			開胸	例	例
			心臓・大血管	例	例
			開胸+開腹	例	例
			開腹(除:帝王切開)	例	例
			帝王切開	例	例
			頭頸部・咽喉頭	例	例
			胸壁・腹壁・会陰	例	例
			脊椎	例	例
			四肢(含:末梢血管)	例	例
			その他	例	例
ペイン クリニック	/週	分類	神経因性疼痛例	例	例
			帯状疱疹ならびに帯状疱疹後神経痛	例	例
			複合性局所疼痛症候群(CRPS)	例	例
			求心路遮断性疼痛	例	例
			三叉神経痛	例	例
			頭痛・顔面痛(神経因性疼痛を除く)	例	例
			耳鼻科・眼科疾患(顔面神経麻痺など)	例	例
			筋骨格系疼痛(頸肩・上肢痛・腰下肢痛)	例	例
			末梢血行障害・多汗症	例	例
			癌性疼痛	例	例
			その他	例	例
		治療法	星状神経節ブロック	例	例
			三叉神経ブロック	例	例
			硬膜外ブロック	例	例
			くも膜下ブロック	例	例
			胸・腰部交感神経節ブロック	例	例
			胸腔鏡下胸部交感神経遮断術	例	例
			内臓神経ブロック(腹腔神経叢、上下腹神経叢)	例	例
			神経根・末梢神経ブロック	例	例
			その他のブロック	例	例
脊髄硬膜外通電法	例	例			
薬物療法	例	例			

*集中治療部・救急部については裏面に記入して下さい。

*年度の途中で異動された場合(非常勤施設がある場合)は、本用紙をダウンロードして各施設での臨床実績報告書を全てご提出下さい。

【勤務先・住所】

【氏 名】

麻酔科責任者(自署)

*上記記載に誤りがないことを証明します。

(西暦)

年 月 日

()年度 臨床実績報告書(年 月 日～ 年 月 日)

	勤務状況 (日/週)	分類/手術部位別		担当症例数	指導症例数
集中治療	/週	術後	心臓外科	例	例
			大血管外科	例	例
			消化器外科	例	例
			脳神経外科	例	例
			外傷	例	例
			その他	例	例
		内科的管理	心不全	例	例
			呼吸不全	例	例
			敗血症	例	例
			その他	例	例
		特殊な治療法	人工呼吸	例	例
			血液浄化療法	例	例
			補助循環	例	例
			その他	例	例
				例	例
				例	例
				例	例
				例	例
				例	例
	例		例		
救急	/週	分類	心停止	例	例
			ショック	例	例
			心筋梗塞	例	例
			呼吸不全	例	例
			脳外傷	例	例
			多発外傷	例	例
			その他	例	例
		治療法	心肺蘇生 (ACLS)	例	例
			補助循環	例	例
			気管挿管 / 人工呼吸	例	例
			開胸	例	例
			その他	例	例
				例	例
				例	例
				例	例

* 年度の途中で異動された場合(非常勤施設がある場合)は、各施設での臨床実績報告書を全てご提出下さい。
【勤務先・住所】

【氏 名】

麻酔科責任者 (自署)

* 上記記載に誤りがないことを証明します。

(西暦)

年 月 日

麻酔科専門医実績目録（再認定用〔基準1〕）

1. 学術集会等への参加

番号	回	学術集会名	会期（西暦年月日～日）	開催地（都市）	会長名（所属）	単位
1 - (1)						
1 - (2)						
1 - (3)						
1 - (4)						
1 - (5)						
1 - (6)						
1 - (7)						
1 - (8)						
①小計						

*学術集会等への参加による実績には、日本麻酔科学会年次学術集会への参加による実績を最低1回は含まなければなりません。

*実績目録には実績証明書のコピーを添付して下さい。（原本はお手元に保管しておいて下さい。）

*日本麻酔科学会年次集会の参加証については、2006年度以降発行していません。事務局でデータ確認いたしますので、参加証のコピー添付の必要はありません。

会員番号： _____

氏 名： _____

麻酔科専門医実績目録（再認定用〔基準1〕）

2. 学術集会での発表

番号	筆頭発表者名	他〇名	演題名	学術集会名	(西暦)年月日	単位
2 - (1)						
2 - (2)						
2 - (3)						
2 - (4)						
2 - (5)						
2 - (6)						
2 - (7)						
2 - (8)						
②小計						

*実績目録には実績証明書のコピーを添付して下さい。(原本はお手元に保管しておいて下さい。)

会員番号: _____

氏 名: _____

麻酔科専門医実績目録（再認定用〔基準1〕）

3. 学術出版物への発表

番号	筆頭発表者名	他○名	論文名	誌名	巻	頁	発行年（西暦）	単位
3 - (1)								
3 - (2)								
3 - (3)								
3 - (4)								
3 - (5)								
3 - (6)								
③小計								
(①+②+③≥50単位) 総計								

*実績目録には実績証明書のコピーを添付して下さい。（原本はお手元に保管しておいて下さい。）

会員番号： _____

氏 名： _____