

社団法人日本麻酔科学会  
**麻酔科指導医更新認定申請書**

(西暦) 年 月 日現在

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	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	( ) -	
専門医番号		認定年月日	(西暦) 年 月 日	
指導医番号		認定年月日	(西暦) 年 月 日	

※記載事項は全て、会員データとして登録させていただきます。(不都合な場合は事務局にご連絡下さい。)

**【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：

# 麻 醉 経 歴 書

(西暦)	麻酔科関連業務歴	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			
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(頸肩四肢痛・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
				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

\*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

( )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			
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(頸肩四肢痛・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
				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

\*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

( )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			
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(頸肩四肢痛・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
				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

\*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

( )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			
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(頸肩四肢痛・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
				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

\* 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

( )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			
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(頸肩四肢痛・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
				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
				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

# 麻酔科指導医実績日録 (更新)

## 1) 学術集会への参加による実績 (麻酔科学会主催に限ります)

番号	回	学 会 名	会期 (西暦年月日～日)	開催地 (都・市)	会長名 (所属)	単位
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
40 単位以上						

\*学術集会等への参加による実績には、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。

\*実績日録には実績証明書類のコピーを添付して下さい。

会員番号:

氏 名:

## 2) 指導実績 (更新)

①研究指導実績  
1 学会発表

番号	筆頭発表者名	演題名	回	学会名	(西暦) 年月日	単位
1 - (1)						
1 - (2)						
1 - (3)						
1 - (4)						
1 - (5)						
1 - (6)						
1 - (7)						
1 - (8)						
①小計						

\* 実績目録には実績証明書類のコピーを添付して下さい。

会員番号:

氏名:

2 学術出版物発表表

番号	論文名	誌名	巻	頁	発行年	筆頭者	単位
2 - (1)							
2 - (2)							
2 - (3)							
2 - (4)							
2 - (5)							
2 - (6)							
②小計							
(1) ①+②=総計							

\*実績目録には実績証明書類のコピーを添付して下さい。

会員番号：

氏 名：



②臨床指導実績	1年	2年	3年	4年	5年	合計
麻酔管理症例						
救急・集中治療例						
ペインクリニック・術後疼痛管理症例						
緩和医療症例						
	(2) 合計					

\*添付書類として臨床指導実績表を提出して下さい(単位申請年度分)。臨床指導実績表はホームページからダウンロード出来ます。

③医師指導実績	1年	2年	3年	4年	5年	合計
	(3) 合計					

\*添付書類として医師指導単位表を提出して下さい(単位申請年度分)。臨床指導単位表はホームページからダウンロード出来ます。

④教育実績

(教育区分)	1年	2年	3年	4年	5年	合計
	(4) 合計					

⑤社会活動実績

(活動区分)	1年	2年	3年	4年	5年	合計
	(5) 合計					

\*添付書類として実施したことを証明する資料(コピー可)を提出して下さい。

(1) + (2) + (3) + (4) + (5)

会員番号:

氏名: