

【2019年3月13日】

会員 各位

公益社団法人日本麻酔科学会
教育委員会
認定審査委員会

手書書式の申請書類廃止について

謹啓 平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

現在、手書書式の申請書類を使用可としておりますが、2019年4月1日以降の経歴については使用不可と致します。

2019年度以降の申請では申請書類の作成にご注意ください。

【概要】

手書書式（生涯ハンドブックに掲載している申請書類）の使用は2019年3月31日までの経歴のみ使用可とします。使用不可となる書類は次ページ以降に掲載致します。

2019年4月1日以降の経歴に手書書式は使用できません。

現在使用している方は至る日を最長2019年3月31日までで取り付けましたら、申請書類として使用できます。

注意：2019年4月1日以降の経歴を手書書式で作成・提出された場合は再作成となります。

以上、何卒宜しく願いいたします。

謹白

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です。（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 酔 経 歴 書

(西暦)	麻酔科関連業務歴	責任者 (指掌医/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です。（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
			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
				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