

心臓血管麻酔専門医認定施設認定申請書

年 月 日

所在地 〒

TEL

病院名

FAX

院長名

印

以下の認定基準に従い、心臓血管麻酔専門医認定施設として当病院の認定を申請します。

認定基準：

- (1) 日本麻酔科学会の認定する麻酔科認定病院であること。
- (2) 心臓血管麻酔が年間 50 症例以上あること。
- (3) 心臓血管麻酔教育プログラムを有すること。他の施設との連携した教育プログラムでも可能。
- (4) 認定日に常勤の心臓血管麻酔専門医が 1 名いること。ただし、以下の例外規定を設ける。
年間 100 例以上の心臓血管麻酔を有する小児専門施設では、連続して 5 年以上日本心臓血管麻酔学会の会員である常勤の麻酔科専門医が 1 名以上いる場合、常勤の心臓血管麻酔専門医の規定は緩和できる。
(例外規定申請時は、別紙申請書を提出すること)
- (5) 毎年年次報告を行い、5 年おきに日本心臓血管麻酔学会による適格審査を受ける。

★代表心臓血管麻酔専門医

氏名 _____ 日本心臓血管麻酔学会会員番号 (_____)
職名 _____ E-mail _____
心臓血管麻酔専門医取得年月日 (_____ 年 月 日) 登録番号 (_____)

★麻酔科責任者氏名 _____ 職名 _____

★連絡先代表者氏名 _____ E-mail _____

★同一施設に勤務する心臓血管麻酔専門医 (代表心臓血管麻酔専門医を除く)

氏名	日本心臓血管麻酔学会会員番号	心臓血管麻酔専門医取得年月日	心臓血管麻酔専門医登録番号	備考

★年間心臓血管麻酔手術症例数 (50 症例以上)

年間麻酔科管理心臓血管症例数： _____ 症例 (_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日)

└─ 年間麻酔科管理心臓血管症例数の内、人工心肺症例数 _____ 症例

└─ 年間麻酔科管理心臓血管症例数の詳細

- (1) 弁疾患 _____ 症例 (2) 虚血性心疾患 _____ 症例
(3) 大動脈 _____ 症例 (4) 先天性心疾患 _____ 症例
(5) その他 _____ 症例

<参考情報>

- ・心臓血管外科専門医認定機構認定修練施設 (基幹ならびに関連施設) (有・無)
- ・臨床工学技士氏名 _____
- ・体外循環技術認定士の (有・無)
- ・集中治療室の有無 (有・無)