

麻酔科認定病院 年次報告書

申請日: (西暦) 年 月 日

認定番号: No.

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

麻酔科認定病院に関する内規第 5 条 2 項に基づき、当病院の情報を報告します。また、記載内容に虚偽がないことを証明します。

麻酔科代表者

氏名:

㊦

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

前年度の当該施設症例数

※研修プログラムの専門研修基幹施設、専門研修連携施設 A・B に所属される場合は、3) の記載は不要です。研修プログラムの申請書に記載された数字を反映いたします。

1) 総手術件数 _____ 症例

2) 麻酔科管理全症例数 _____ 症例

内、全身麻酔症例数 _____ 症例

3) 前年度麻酔科管理症例数のうち、下記症例領域の症例数

①小児 (6 歳未満) の麻酔 _____ 症例 ②帝王切開の麻酔 _____ 症例

③心臓血管外科の麻酔 _____ 症例 ④胸部外科の麻酔 _____ 症例

⑤脳神経外科の麻酔 _____ 症例

病院基本情報

- 1) 手術部の有無 (有 ・ 無)
- 2) 常勤の手術に関わる医師数 (麻酔科を含まない) _____人
- 3) 緩和ケアチームがある場合は、担当の医師数
担当医の総数 _____人
専属医師の合計数 _____人
専属医師のうち麻酔科医数 _____人
- 4) 救急部門がある場合は、担当の医師数
担当医の総数 _____人
専属医師の合計数 _____人
専属医師のうち麻酔科医数 _____人
- 5) ペインクリニック外来がある場合は、担当医師数
担当医の総数 _____人
専属医師の合計数 _____人
専属医師のうち麻酔科医数 _____人
- 6) 集中治療室がある場合は、病床数と担当医師数
病床数 _____床
担当医の総数 _____人
専属医師の合計数 _____人
専属医師のうち麻酔科医数 _____人

当該施設で麻酔科専門医資格を保持し、申請時点で週3日以上勤務する医師（勤務形態を問わない）を
＜別紙1＞に記入し合わせてご提出ください。