

( )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	01.全身麻酔(吸入)	例	例		
			02.全身麻酔(TIVA)	例	例		
			03.全身麻酔(吸入+硬・脊・伝麻)	例	例		
			04.全身麻酔(TIVA)硬・脊・伝麻	例	例		
			05.脊麻+硬膜外麻酔(CSEA)	例	例		
			06.硬膜外麻酔	例	例		
			07.脊髄くも膜下麻酔	例	例		
			08.伝達麻酔	例	例		
			09.その他	例	例		
		経験症例	胸部外科	例	例		
			脳神経外科	例	例		
			心臓血管外科	例	例		
			帝王切開	例	例		
			小児(6歳未満)	例	例		
			硬膜外鎮痛(無痛分娩)	例	例		
		手術部位分類	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・ 入院患者疼痛管理・緩和ケア	/週	分類	10.帯状疱疹ならびに帯状疱疹後神経痛	例	例
					11.複合性局所疼痛症候群(CRPS)	例	例
					12.求心路遮断性疼痛	例	例
					13.三叉神経痛	例	例
					14.その他の神経因性疼痛	例	例
					15.遷延性術後痛	例	例
					16.頭痛	例	例
17.耳鼻科・眼科疾患・多汗症(顔面神経麻痺など非疼痛疾患を含む)	例				例		
18.脊椎疾患、筋筋膜性疼痛、変形性関節症	例				例		
19.末梢血行障害	例				例		
20.癌性疼痛	例				例		
21.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					
認知行動療法	例	例					
理学療法	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】

【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

	勤務状況 (日/週)	分類/手術部位別		担当症例数	
集中治療	/週	分類 【術後】	22.胸部外科	例	例
			23.心臓血管外科	例	例
			24.消化器外科	例	例
			25.脳神経外科	例	例
			26.その他の手術、治療手技	例	例
		分類 【内科的 管理】	27.敗血症、感染管理、免疫不全	例	例
			28.呼吸不全	例	例
			29.循環不全	例	例
			30.肝不全(消化器疾患も含む)	例	例
			31.腎不全	例	例
			32.心肺蘇生後	例	例
			33.その他内科的管理	例	例
		特殊な 治療法	34.気管挿管	例	例
			35.呼吸管理(NIVなどを含む)	例	例
			36.循環管理(PCPS、ECMOなど器械的補助も含む)	例	例
			37.血液浄化療法	例	例
			38.その他	例	例
		救急	/週	分類	39.急性疾病
40.心肺停止	例				例
41.呼吸不全	例				例
42.循環不全	例				例
43.肝不全(消化器疾患も含む)	例				例
44.腎不全	例				例
45.血液・凝固異常	例				例
46.中枢神経障害	例				例
47.外傷・熱傷・中毒・環境異常・特殊感染症(異物、窒息、溺水、刺咬症等含)	例				例
48.救急医療体制、災害医療	例				例
49.その他、内因性の救急疾患	例				例
治療法	心肺蘇生(ACLS)			例	例
	気管挿管			例	例
	呼吸管理(NIVなどを含む)			例	例
	循環管理(PCPS、ECMOなど器械的補助も含む)			例	例
	緊急麻酔(検査麻酔も含む)			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、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】

【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