

公益社団法人日本麻酔科学会

麻酔科専門医更新認定申請書

(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	

【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 醉 経 歴 書

(西暦)	麻 醉 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

()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
			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・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

()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
			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
			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・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
			その他	例	例
			治療法	星状神経節ブロック	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
		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
			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・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

()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

麻酔科専門医実績日録（更新）

1. 学会出席

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 - (1)						
1 - (2)						
1 - (3)						
1 - (4)						
1 - (5)						
1 - (6)						
1 - (7)						
1 - (8)						
①小計						

* 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：

麻酔科専門医実績日録（更新）

2. 学会発表

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

*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:

麻酔科専門医実績日録（更新）

3. 学術出版物発表表

番号	筆頭発表者名	他○名	論文名	誌名	巻	頁	発行年（西暦）	単位
3 - (1)								
3 - (2)								
3 - (3)								
3 - (4)								
3 - (5)								
3 - (6)								
③小計								
(①+②+③) ≥ 50 単位) 総計								

* 実績日録には実績証明書類のコピーを添付して提出して下さい。

会員番号：

氏 名：