**日本ＩＶＲ学会専門医修練施設申請書（新規）**

調査期間　自 年　　　月　　日 記入年月日：　　　　年　　月　　日

至 年　　　月　　日 申請専門医名: 印

Tel 　　　　　　　　　　　　Fax

E-mail

記入者：　　　　　　　　　　　　　　　　 印

Ｉ．修練施設　　　　　　　　　　修練認定番号　　　　（更新の場合のみ）

1. 施設関名（日本語）

施設名（英語）

　　所在地　（〒　　　　）

　　施設責任者（院長）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公印

1. 当該専門医全員の氏名・認定番号および在籍期間をご記入下さい（但し３名以上専門医がいる施設は3名まで記入）。

　　ＩＶＲ専門医名　　　　　　　　（専門医認定番号　　　　　在籍期間：　　年　　月〜　　年　　月）

　　ＩＶＲ専門医名　　　　　　　　（専門医認定番号　　　　　在籍期間：　　年　　月〜　　年　　月）

　　ＩＶＲ専門医名　　　　　　　　（専門医認定番号　　　　　在籍期間：　　年　　月〜　　年　　月）

３．施設の経営団体、経営母体

４．施設の性格（該当項目の数字を○で囲む）

* 1. 総合病院
  2. 特定の診療科を掲げる病院　科目（　　　　　　　　　　　）
  3. 特定の疾患を対象とする病院　疾患（　　　　　　　　　　）
  4. 診療所・医院　　　標榜科目（　　　　　　　）
  5. その他

５．病床数

全病床数　（　　　　　）うち、ＩＶＲに使用される病床数　（　　　）

　（備考：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

II．ＩＶＲ修練施設

1. 放射線部門職員数

常勤医師 　名 　放射線技師　　　　名 　 看護師 　名

1. ＩＶＲを施行する常勤医師数　　名

　　その内訳（所属科　　　　人数　 名　　所属科　　　　人数　 名　　　所属科　　　　人数 　名）

　　　　　　（所属科　　　　人数　 名　　所属科　　　　人数　 名　　　所属科　　　　人数 　名）

３．設備概要

* 1. 血管造影室

　　血管撮影装置　　　　台（メーカー名と機種名、形式、製造年：台数分記入下さい）

２）Ｘ線テレビ装置　　　台（IVRに使用する装置。メーカー名と機種名、形式、製造年：台数分記入下さい）

1. IVRに用いる超音波装置　　　台　　（メーカー名と機種名、形式、製造年：台数分記入下さい）
2. IVRに用いるＣＴ装置　　　台

（メーカー名と機種名、形式、製造年：台数分記入下さい、IVR-CTの場合は血管撮影装置の所に形式でIVR-CTと記入下さい）

1. その他のＩＶＲに用いる装置　（メーカー名と機種名、形式、製造年：台数分記入下さい）

４.　IVR専門医が出席するカンファレンス・抄読会等

III．修練内容（ＩＶＲ指導医による修練を行える手技で恒常的に行えるものに○印、施行頻度は少ないが

　　施行可能なものに△印、他科と共同で施行可能なものにＸ印を付けてください）

* + 1. 血管系ＩＶＲ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 手技名 | 区分 | IVR専門医による施行件数 |
| 動脈塞栓術 |  |  |
| ＰＴＡ |  |  |
| 血管ステント・ステントグラフト |  |  |
| 動注化学療法 |  |  |
| 下大静脈フィルター |  |  |
| 門脈系ＩＶＲ（ＴＩＰＳ、Ｂ−ＲＴＯ他） |  |  |
| 緊急ＩＶＲ |  |  |
| 神経領域（手技：　　　　　　　　　　　　　） |  |  |
| 心臓領域（手技：　　　　　　　　　　　　　） |  |  |

* + 1. 非血管系ＩＶＲ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＣＴ下生検 |  |  |
| 局所ablation（PEIT、ＲＦ等） |  |  |
| 胆道ドレナージ、ステント留置 |  |  |
| 食道ステント他 |  |  |
| 椎体形成術 |  |  |
| その他（手技：　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |

Ⅳ．施設の特長、修練基本方針、修練計画（別紙に記載してください）

1. 施設の特長
2. ＩＶＲに対する修練の基本方針
3. 修練計画（施設の修練計画書がある場合には、これを添付）

　　手技毎に分けて、トータル４００字程度で記入してください。