

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
至 年 月 日

記入年月日: 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

2. 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

2. 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)
- 3) 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)
- 4) 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)
- 5) 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:)		

② 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。