

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・認定番号と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. 血管造影・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X線テレビ装置 台 (メーカー名と機種名、形式、製造年:台数分記入下さい)

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の場合は血管造影装置の所に形式でIVR-CTと記入下さい)

5)IVRに用いるその他の装置 (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専門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(動脈瘤、止血術など)		
血管形成術、血行改変術		
TEVAR、EVAR		
動注化学療法ないし動注化学塞栓療法		
静脈系IVR(CVポート、下大静脈フィルターなど)		
門脈系IVR(TIPS、B-RTOなど)		
その他(手技:)		
(手技:)		
		合計

2. 非血管系IVR

生検術		
ablation治療(ラジオ波、マイクロ波、凍結療法など)		
ドレナージ術、ステント留置術		
椎体形成術		
その他(手技:)		
(手技:)		
		合計

IV. 施設の特長、修練基本方針、修練計画(記載範囲が足りない場合は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、修練計画(施設の修練計画書がある場合は添付して下さい)
トータル 400 字程度で記入して下さい。