**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 申請者:

Tel 　　　　　　　　　　　Fax

E-mail

Ｉ．修練施設

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）　　代表専門医

　　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

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：申請前1年での症例数（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（記載範囲が足ら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。