（様式１）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※登録 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 資格開始　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | |

一般社団法人日本熱傷学会

熱傷専門医認定研修施設更新申請書

西暦　　　　年　　　　月　　　　日

日本熱傷学会

専門医委員会　御中

一般社団法人日本熱傷学会専門医制度規則および同施行細則にもとづき、下記施設の熱傷専門医認定研修施設の更新を申請いたします。

施設名：

施設長氏名： 公印

熱傷を診療している科名(複数記入可)：

申請責任者：

同職名：

施設所在地：〒

施設電話番号：（　　　　　　）－（　　　　　　）－（　　　　　　）

施設FAX番号：（　　　　　　）－（　　　　　　）－（　　　　　　）

（様式2）

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |

申請責任者履歴書

氏　　　　名： 　　印

生年月日：　西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

現住所：〒

医籍登録番号：　第　　　　　　　　　　　　　号

医籍登録年月日：　西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

専門医登録番号：

最終学歴：　西暦　　　　　年　　　　月　　卒業

職　歴（西暦、年月で記入）

（様式3－1）

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |

診 療 施 設 内 容

１．厚生労働省研修指定病院で　　　　　　（　あ　　る　・　な　　い　）

１）診療科目数　　　　　　　　　　科　　　　　総病床数 　　　　　　　床

２）常勤の熱傷専門医数　　　　　　　　　名

常勤の熱傷認定医数　　　　　　　　　名

熱傷治療に関する教育指導体制を　 (　行っている　・　行っていない　)

過去３年間の熱傷患者数および診療実績

**〈2016年1月～2018年12月〉**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 熱傷患者実数 | 入院患者内訳 | | | | |
|  | 入院数  （急性期治療） | 入院数  (機能再建・　　　整容等) | 熱傷手術延件数 | 重症熱傷　患者数 | リハビリテーション実施　患者数 |
| 2016年1月～12月 |  |  |  |  |  |  |
| 2017年1月～12月 |  |  |  |  |  |  |
| 2018年1月～12月 |  |  |  |  |  |  |
| 合計 | **※** | **※** |  | **※** | **※** | **※** |
|  |  |  |  |  |  |

重症熱傷の定義：BI>10，気道熱傷合併，電撃傷，化学熱傷のいずれかの熱傷例

熱傷手術の定義：デブリードマン、植皮、皮弁形成などの述べ件数（ベットサイドの小手術や気管切開などは含まない：熱傷レジストリ登録時の　定義と同じ）

（様式3－2）

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |

診療実績において，**※**の項目は実績のあることが更新要件です。

いずれかの３年間合計数が０の施設は更新できませんが，該当期間の診療の実情と　　　熱傷診療機能について下記に記載してください。合否判定時に参考とします。

熱傷レジストリへの登録は更新要件です。未登録の施設は更新できませんが，特別な理由がある場合は合否判定の参考としますので，登録見込み時期とともに下記に記載してください。

（様式4）

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |

常勤の熱傷専門医氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 専門医氏名 | 所属科(部)名 | 熱傷専門医番号 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |
| ７ |  |  |  |