（様式１）

一般社団法人日本熱傷学会

熱傷専門医認定申請書

西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　日本熱傷学会

　　専門医委員会　御中

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、熱傷専門医を申請いたします。

氏　名 ：　　　　　　　　　　　　　　　　 印

生年月日 ：　西暦　　　　　年　　 　　月 　　　　日

現住所 ：〒

医籍登録番号 ：　　　　　　　　　　　　　 号

医籍登録年月日 ：　西暦　　　　　年　　　 　月　　　　 日

施設名 ：

所属科・部門 ：

施設所在地 ：〒

施設電話番号 ：（　　　　　）-（　　　　　）-（　　　　　）

施設FAX番号 ：（　　　　　）-（　　　　　）-（　　　　　）

（様式２）

履　歴　書

|  |
| --- |
| 写真貼付  (5×5cm) |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印　　女

現住所　〒

最終学歴

西暦　　　　　　年　　　月卒業

職　歴

他学会の認定医、専門医などを取得している場合は下記に記入。

（様式３-１-１）

熱傷専門医診療実績症例一覧表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 患者ID | 年齢  性 | 施設名 | 受傷日 | Ⅲ度面積 | 熱傷部位 | 受傷機転および入院までの経緯 | 転帰  （転院，軽快退院，死亡，その他） | 死因  （転帰が死亡の場合） | 申請に用いた  項目番号 |
| 診療科名 | 診療開始日 | Ⅱ度面積 |
| 主治医名 | 診療終了日 | 気道熱傷 |
| 例 | xx-xxxx | 64歳 女性 | ○○大学病院 | 2016/4/2 | 48% | 顔面，両上肢，胸腹部，会陰部 | 自宅火災により受傷し，近医で初期治療後に転院搬送された | その他  （2016/5/20 形成外科に転科） |  | A-1，A-2  B-1 |
| 救急科 | 2016/4/2 | 20% |
| 熱傷太郎 | 2016/5/20 | 有り |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（様式３-１-２）

熱傷専門医診療実績症例一覧表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 患者ID | 年齢  性 | 施設名 | 受傷日 | Ⅲ度面積 | 熱傷部位 | 受傷機転および入院までの経緯 | 転帰  （転院，軽快退院，死亡，その他） | 死因  （転帰が死亡の場合） | 申請に用いた  項目番号 |
| 診療科名 | 診療開始日 | Ⅱ度面積 |
| 主治医名 | 診療終了日 | 気道熱傷 |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（様式３-１-３）

熱傷専門医診療実績症例一覧表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 患者ID | 年齢  性 | 施設名 | 受傷日 | Ⅲ度面積 | 熱傷部位 | 受傷機転および入院までの経緯 | 転帰  （転院，軽快退院，死亡，その他） | 死因  （転帰が死亡の場合） | 申請に用いた  項目番号 |
| 診療科名 | 診療開始日 | Ⅱ度面積 |
| 主治医名 | 診療終了日 | 気道熱傷 |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（様式３－２）

熱傷専門医診療実績報告書Ａ

専門技能(１，２)

１）熱傷深度の判定と範囲の算定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 症例番号  (様式3-1) | 手技実施日（実施期間） | 実施内容：熱傷部位ごとに深度と範囲を示し，範囲算定に用いた方法（Lund & Browderの公式など），TBSA・BI・PBIの算定結果について記載する |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

２）初期輸液法

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 症例番号  (様式3-1) | 手技実施日（実施期間） | 実施内容：使用した輸液公式，輸液製剤，輸液開始速度の計算式を示し，急性期の循環管理がいかに実施されたかが判定できるように尿量と投与量の推移，コロイド投与の有無，refilling時期などについてまとめ，最後に初期輸液治療の結果について総括する |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

別項目であれば、症例の重複を認める。

（様式３－３）

熱傷専門医診療実績報告書Ａ

専門技能(３，４)

３）熱傷患者の呼吸管理

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 症例番号  (様式3-1) | 手技実施日（実施期間） | 実施内容：呼吸障害の原因・時期・程度（SpO2、動脈血液ガスデータ，P/F比など）を示し，気道管理法（エアーウエイ挿入，気管挿管，気管切開など），酸素療法（マスク，カニュラ，nasal high-flowなど），人工呼吸管理法（NPPV，調節呼吸，圧補助換気，CPAPなど）およびその設定値を記載する。呼吸管理によって呼吸障害がどのように推移したかについても記載する。気道熱傷が原因の場合は６）気道熱傷の診断と治療で報告する。 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

４）熱傷患者の栄養管理

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 症例番号  (様式3-1) | 手技実施日（実施期間） | 実施内容：栄養管理を必要とした期間（受傷後○日目から●日目など），必要とした栄養所要量の算出方法，栄養の投与経路（経口・経腸・経静脈など），栄養状態の評価指標とした検査とその結果の推移について記載する |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

別項目であれば、症例の重複を認める。

（様式３－４）

熱傷専門医診療実績報告書Ａ

専門技能(５，６)

５）熱傷患者の感染管理

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 症例番号  (様式3-1) | 手技実施日（実施期間） | 実施内容：感染の内容，発症時期を示し，実施した感染管理（局所創管理，全身的抗菌化学療法薬の種類，投与期間，カテーテル管理）と、その経過について記載する。感染予防対策（標準予防策や病室の環境管理、感染予防を意識した局所管理、カテーテルや口腔ケアなどの感染経路対策）についても記載する。 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

６）気道熱傷の診断と治療

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 症例番号  (様式3-1) | 手技実施日（実施期間） | 実施内容：気道熱傷と診断した根拠（受傷機転，顔面・鼻腔・口腔所見，気管支鏡等による気道の所見，Ｘ線画像所見，およびSpO2・動脈血液ガスデータ・P/F比など呼吸障害の程度，急性一酸化炭素中毒の合併有無）を示し，行った治療と診療経過を記載する。 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

別項目であれば、症例の重複を認める。

（様式３－５）

熱傷専門医診療実績報告書Ａ

専門技能(７，８)

７）減張切開術

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 症例番号  (様式3-1) | 手技実施日（実施期間） | 実施内容：減張切開を行った部位と方法，および切開した組織の深度について具体的に示し，また減張切開を行った理由・目的・その効果についても記載する |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

８）壊死組織切除

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 症例番号  (様式3-1) | 手技実施日（実施期間） | 実施内容：壊死組織切除を行った時期，切除範囲と熱傷深度について具体的に示し，また壊死組織切除の方法（接線切除，連続分層切除，筋膜上切除など），用いた手術器具についても記載する |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

別項目であれば、症例の重複を認める。

（様式３－６）

熱傷専門医診療実績報告書Ａ

専門技能(９，10)

９）熱傷創に対する植皮術

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 症例番号  (様式3-1) | 手技実施日（実施期間） | 実施内容：植皮の時期，植皮部位の熱傷深度・切除深度，植皮した面積（%TBSAもしくは具体的面積），植皮片の厚さ（inch），植皮片の形態（シート，メッシュ，パッチなど）を記載する。術後の生着状況についても記載する。 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

10）植皮片の採取と採皮創の治療

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 症例番号  (様式3-1) | 手技実施日（実施期間） | 実施内容：植皮片の採取部位，採取方法，植皮片の厚さなどを具体的に記載する。採取創の治療方法と，治癒するまでの経過についても記載する。 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

別項目であれば、症例の重複を認める。

（様式３－７）

熱傷専門医診療実績報告書Ａ

専門技能(11，12)

11）熱傷創に対する保存的療法

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 症例番号  (様式3-1) | 手技実施日（実施期間） | 実施内容：熱傷創の深達度と受傷後の経過を示し，どのような使用目的(感染予防、壊死組織除去、浸出液の管理や肉芽の造成その他)で局所軟膏および被覆材を経時的に使い分けたかについて記載する。 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

12）熱傷後瘢痕拘縮に対する予防療法

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 症例番号  (様式3-1) | 手技実施日（実施期間） | 実施内容：瘢痕拘縮を生じると予測された熱傷創の部位・範囲を示し，外科的手術を回避，あるいは最小限にとどめるための圧迫治療(介達牽引)や関節良肢位保持，その他の予防療法について記載する。(「拘縮を来さないようリハビリを行った」のような具体性を欠く記載は望ましくない) |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

別項目であれば、症例の重複を認める。

（様式３－８）

熱傷専門医診療実績報告書Ａ

専門技能(13，14)

13）植皮による瘢痕拘縮除去形成術

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 症例番号  (様式3-1) | 手技実施日（実施期間） | 実施内容：拘縮の部位，程度（瘢痕の大きさや隆起の有無，関節可動域などを指標）を示し，麻酔の種類，瘢痕の切除範囲，採皮部位，植皮の種類（分層，全層等），術後リハビリテーションの有無等を記述し，改善の程度を記載する |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

14）皮弁による瘢痕拘縮除去形成術

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 症例番号  (様式3-1) | 手技実施日（実施期間） | 実施内容：拘縮の部位，程度（瘢痕の大きさや隆起の有無，関節可動域などを指標）を示し，麻酔の種類，皮弁の種類（Z形成，5-flap，筋皮弁，遊離皮弁等），術後リハビリテーションの有無等を記述し，改善の程度を記載する。筋皮弁，遊離皮弁の場合は採取部位を明示し，遊離皮弁では吻合血管も明示すること |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

別項目であれば、症例の重複を認める。

（様式３－９）

熱傷専門医診療実績報告書Ａ

専門技能(15)

15）熱傷患者のリハビリテーション

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 症例番号  (様式3-1) | 手技実施日（実施期間） | 実施内容：開始した時期，頻度および期間，部位と目的・方法を記載する |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

別項目であれば、症例の重複を認める。

（様式３－10）

講習会参加証明書

日本熱傷学会学術講習会、スキンバンク摘出・保存講習会、ABLSコース参加記録

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 講習会名 | 開催日 |
| １ | 第　　回  　講習会 | 西暦 　　　　年　　　月 |
| ２ | 第　　回  　　　　　　　 講習会 | 西暦 　　　　年　　　月 |
| ３ | 第　　回  　　　　　　　 講習会 | 西暦 　　　　年　　　月 |

※症例の振替にかかわらず学術講習会1回の参加は必須です。

参加記録に記入するとともに、参加証明書を以下の所定の場所に添付すること。

|  |
| --- |
| 参加証明書の上部のみを糊付け。  参加証明書１ |

|  |
| --- |
| 参加証明書の上部のみを糊付け。  参加証明書２ |

|  |
| --- |
| 参加証明書の上部のみを糊付け。  参加証明書３ |

（様式３－11）

熱傷専門医診療実績報告書

Ｂ）専門知識(１)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症例番号  (様式3-1) |  | 診療期間 |  |
| 病名（専門知識項目名）： | | | |
| 症例報告欄 | | | |

図表や写真を貼付し具体的に記入すること。様式３－11で不足の場合は、様式３－12を使用すること。

（様式３－12）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症例番号  (様式3-1) |  | 診療期間 |  |
| 病名（専門知識項目名）： | | | |
| 症例報告欄 | | | |

（様式３－13）

熱傷専門医診療実績報告書

Ｂ）専門知識(２)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症例番号  (様式3-1) |  | 診療期間 |  |
| 病名（専門知識項目名）： | | | |
| 症例報告欄 | | | |

図表や写真を貼付し具体的に記入すること。様式３－13で不足の場合は、様式３－14を使用すること。

（様式３－14）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症例番号  (様式3-1) |  | 診療期間 |  |
| 病名（専門知識項目名）： | | | |
| 症例報告欄 | | | |

（様式３－15）

熱傷専門医診療実績報告書

Ｂ）専門知識(３)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症例番号  (様式3-1) |  | 診療期間 |  |
| 病名（専門知識項目名）： | | | |
| 症例報告欄 | | | |

図表や写真を貼付し具体的に記入すること。様式３－15で不足の場合は、様式３－16を使用すること。

（様式３－16）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症例番号  (様式3-1) |  | 診療期間 |  |
| 病名（専門知識項目名）： | | | |
| 症例報告欄 | | | |

（様式３－17）

熱傷専門医診療実績報告書

Ｂ）専門知識(４)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症例番号  (様式3-1) |  | 診療期間 |  |
| 病名（専門知識項目名）： | | | |
| 症例報告欄 | | | |

図表や写真を貼付し具体的に記入すること。様式３－17で不足の場合は、様式３－18を使用すること。

（様式３－18）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症例番号  (様式3-1) |  | 診療期間 |  |
| 病名（専門知識項目名）： | | | |
| 症例報告欄 | | | |

（様式３－19）

熱傷専門医診療実績報告書

Ｂ）専門知識(５)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症例番号  (様式3-1) |  | 診療期間 |  |
| 病名（専門知識項目名）： | | | |
| 症例報告欄 | | | |

図表や写真を貼付し具体的に記入すること。様式３－19で不足の場合は、様式３－20を使用すること。

（様式３－20）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症例番号  (様式3-1) |  | 診療期間 |  |
| 病名（専門知識項目名）： | | | |
| 症例報告欄 | | | |

（様式４）

（経歴証明書番号　　　　）

熱傷専門医認定研修施設および  
学会の定める他学会の研修施設における研修証明書

氏名

上記の者は当施設において

西暦　　　　年　　　月より　　　　年　　　月までの　　　年　　ヵ月

研修を行ったことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

施　設　名

住　　　所

所属長職名

所属長氏名(自署のこと)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

■学会の定める他学会の研修施設での研修の場合は以下に学会名を記載してください

該当学会名

熱傷専門医認定研修施設での研修および学会の定める他学会の研修施設での研修は、この用紙にて申請してください。その施設が複数となる場合は、コピーして使用してください。

（様式５）

熱傷専門医研修歴一覧表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 施設名 | 研修期間 西暦で記入 | 実行研修期間 | 経歴証明書 |
| （○○病院○○科） | （開始年月～終了年月） | （月で記入） | 番　　　号 |
| 熱傷専門医認定研修施設 |  |  | 月 |  |
|  |  | 月 |  |
|  |  | 月 |  |
|  |  | 月 |  |
|  |  | 月 |  |
|  |  | 月 |  |
|  |  | 月 |  |
|  |  | 月 |  |
| 学会が認めた他学会の施設 |  |  | 月 |  |
|  |  | 月 |  |
|  |  | 月 |  |
|  |  | 月 |  |
|  |  | 月 |  |
|  |  | 月 |  |
|  |  | 月 |  |
|  |  | 月 |  |
| その他施設 |  |  | 月 |  |
|  |  | 月 |  |
|  |  | 月 |  |
|  |  | 月 |  |
|  |  | 月 |  |
|  |  | 月 |  |
|  |  | 月 |  |
|  |  | 月 |  |
|  |  |  | 月 |  |
|  | 氏名 |  | 合計（月） |  |

（様式６）

修練施設表および在籍証明書

　　１）施設の名称

　　２）所在地、電話番号　〒

　　３）施設の総病床数

　　４）施設の年間 熱傷 患者数

　　新患　　　　　名、　　　　入院　　　　名　（西暦　　　　　　年）

　　５）主に熱傷を治療している部門

１.その科名

２.その科における年間患者数

　　新患　　　　　名、　　　　入院　　　　名　（西暦　　　　　　年）

３.その科で指導する医師名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医師名 | 経験年数 | 熱傷専門医番号 |
|  |  |  |

　　６）５）以外で、熱傷を治療している部門

１.その科名

　　７）熱傷専門医診療実績に使用した症例（様式３で使用した項目に○）

Ａ．必要な手技と経験　１、２、３、４、５、６、７、８、９、10、11、12、13、14、15

Ｂ．症例報告書　　　　１、２、３、４、５、６、７、８、９、10

　　８）申請者の在籍期間

　　　　　　西暦　　　　　年　　　月　　　日　　～　　西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　以上の通り証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属長　役職名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属長署名　　　　　　　　　　　　　印

独立して医療機関を営むもので、所属長のないものは申請者の自己記載を認める。また、熱傷専門医診療実績に記入した施設名が、複数施設の場合には、記入したすべての施設について修練施設表を作成すること。

（様式７）

熱傷専門医推薦書

氏　名　：

施設名　：

所　属　：

上記の者の履歴書、熱傷専門医診療実績と修練施設表を点検した結果、熱傷専門医に　　　　　推薦いたします。

西暦 　　年 月 　日

施設名

所属

専門医名 　　 　　　　　印

専門医番号

西暦 　　年 月 　日

施設名

所属

専門医名 　　　　　印

専門医番号

西暦 　　年 月 　日

施設名

所属

専門医名 　　　　　印

専門医番号

熱傷専門医がいない修練施設が含まれる場合、指導医が熱傷専門医でない場合は、他施設で３名の　　　熱傷専門医の推薦を要する。すべての修練施設が熱傷専門医の指導する施設の場合は、「推薦書」は不要となる。

（様式８）

日本熱傷学会学術集会参加証明書

日本熱傷学会学術集会参加記録

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 開催回 | 会長名 | 開催日 | 参加章番号 |
| １ | 第　　　回 |  | 西暦　　　　年　　月 |  |
| ２ | 第　　　回 |  | 西暦　　　　年　　月 |  |

１）熱傷専門医を申請する者は、申請時までに最低２回の日本熱傷学会学術集会参加を要する。

２）参加記録に記入するとともに、参加章または参加章のコピーを以下の所定の場所に貼付するか、

　発表者等は抄録集のコピーなど参加を証明するものを添付すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参加章貼付 |  | 参加章貼付 |