

平成 1 9 ~ 2 1 年

日本核医学会専門医教育病院申請資料

(平成 1 7 年 1 月 1 日より平成 1 7 年 1 2 月 3 1 日までの実績にもとづいて記入して下さい。)

提出 平成 年 月 日 記入者名 _____

1. 機 関 名 _____

所 在 地 (住所) 〒 _____

(電話) () - (F A X) () -

機関責任者 _____

核医学主任指導者 _____ 専門医 (認定医) の有無 有 ・ 無

1.2 分院、第 2 病院などを合わせて申請する場合のみ、記入して下さい。

(分院、第 2 病院の機関名、所在地、機関責任者(院長名)、核医学指導者の有無を記入して下さい)

a. 機関名 _____

所在地 〒 _____

機関責任者 _____

核医学指導者の有無 有 (氏名 _____)、 無

b. 機関名 _____

所在地 〒 _____

機関責任者 _____

核医学指導者の有無 有 (氏名 _____)、 無

c. 機関名 _____

所在地 〒 _____

機関責任者 _____

核医学指導者の有無 有 (氏名 _____)、 無

2. 認定医または専門医教育機関としての指定を受けている学会名

(_____) (_____)

(_____) (_____)

(_____) (_____)

(_____) (_____)

(_____) (_____)

(_____) (_____)

(_____) (_____)

(_____) (_____)

3. 協力を依頼する教育協力機関名 (ある場合のみ記入して下さい)

機 関 名	協力内容(または協力項目)および協力頻度

4. 機関の種類 (該当番号を○で囲んで下さい)

1 大学病院	8 労災共済国保健保病院・診療所
2 国立病院・国立療養所	9 一般病院
3 都道府縣市町村立病院	10 癌成人病等センター
4 公社病院	11 研究所病院
5 会社病院・会社診療所	12 検査センター
6 赤十字病院	13 その他
7 済生会病院結核予防会	

5. 病院の区別 (該当番号を○で囲んで下さい)

5.1 総合病院

5.2 準総合病院 (診療科目 _____)

5.3 特定の疾患・診療科目を掲げる病院

(その疾患・科目名 _____)

5.4 その他

6. 病院の規模

6.1 敷地総面積 _____ m²

6.2 建物総面積 _____ m²

6.3 職員総数 _____ 名

(内訳：医師総数 _____ 名 看護婦総数 _____ 名)

7. 病床数および患者数 (報告前年度の実数を記入して下さい)

7.1 基準総病床数 _____ 床

7.2 1日平均入院患者総数 _____ 名

7.3 1日平均外来患者総数 _____ 名

8. 病理関係

8.1 専従の病理学の医師

(病理学の医師が病院専従ではなく、非常勤の場合、または、他の機関に依頼する場合には、bを○で囲んで下さい)

a あり _____ 名

b なし

8.2 病院全体での1年間の剖検数 _____ 件

8.3 同上の剖検率 _____ %

9. 核医学部門の業務形態

9.1 所属 (以下のいずれかに○をつけて下さい)

a 核医学診療科(部)として独立している (科名 _____)

b 放射線科(部)に属している

c 検査科(部)に属している

d その他の科(部)に属している (科名 _____)

e その他 (内容 _____)

9.2 業務範囲 (保有する部門に○をつけて下さい)

a in vivo 検査 (診断) + in vitro 検査

b in vivo 検査 (診断) のみ

c in vitro 検査のみ

d その他

(内容 _____)

9.3 核医学施設概況

(核医学施設の平面図 (縮尺任意) と病院内における核医学施設の位置を示した平面図 (縮尺任意) とを添付してください。)

・核医学施設許認可

医療法施行規則による届出年月日 _____年 _____月 _____日

(放射線障害防止法による許可があれば、その年月日 _____年 _____月 _____日

届出責任者氏名 _____

放射線取扱主任者氏名 _____

・核医学施設総面積 _____m²

・廃棄施設の廃棄槽 _____m³ × _____槽

・R I 治療病棟の有無 有 無

有の場合記入して下さい 病床数 _____床

非密封 R I 治療病床との共用の有無 有 無

10. 核医学関連職員 (参考資料)

10.1 核医学部門の長(管理者)の氏名・職名・所属(例 検査科長)

他の診療科等の医師(例えば内科の医長)が核医学部門の責任者を兼任している場合には、その旨を記入して下さい。

氏名 _____

職名 _____

所属 _____ (職名と異なる場合に記入して下さい)

放射線取扱主任者の資格の有無 有 無

10.2 核医学関係の医師、物理学者(放射線物理学者・医学物理士等)、化学者、薬学者等

別紙 エクセルの表にご記入下さい(必ずこの申請資料に添付して提出して下さい)

10.3 核医学関連職員(病院ではなく核医学部門として雇っている場合は、それがわかるように記入すること)

職 種	核医学常勤者数	非常勤者数	実人数(平均勤務人数、土日を除く)
薬 剤 師			
診療放射線技師			
臨床検査技師			
衛生検査技師			
看 護 婦			
事務系職員			
その他 ()			
その他 ()			

機関としては正式に非常勤として雇用していないが、核医学部門などで独自に雇用している職員の場合には、その他()内に記入して下さい。平均勤務人数は、小数点以下1位まで、土・日などを除いた平日の平均を記入して下さい。

11. 核医学診療記録の管理（該当の項目の番号を○で囲んで下さい）

11.1 管理の方式

- a 核医学部門（核医学診療科）で管理している。
- b 放射線科で管理している。
- c すべて各科で独自に管理している。 保存期間 _____年
- d 病院全体として1ヶ所で管理している。
- e その他（_____）のように管理している。

11.2 診療記録の索引収集（あとで容易に集めることができる）

- a 氏名がわかれば容易に求めることができる。
- b 疾患名がわかれば全て容易に集めることができる。
- c 診療項目（例えば脳のSPECT、¹³¹I治療など）がわかれば、それに関する全患者の診療録を容易に集めることができる。
- d その他（_____）から診療録を求めることができる。

12. 核医学診療の実態（各項目について申請前年度の実態を記入して下さい）

12.1 病院全体の1年間における in vivo核医学診断・検査の件数、および分担率

部 位	in vivo件数	核医学部門に専従する医師の分担率%（該当番号を○で囲んで下さい）				
1. 中枢神経系(脳脳槽)	件	1) 0%	2) 1~20%	3) 21~50%	4) 51~80%	5) 81%以上
2. 内分泌系(甲状腺副腎)	件	1) 0%	2) 1~20%	3) 21~50%	4) 51~80%	5) 81%以上
3. 循環器系(心血管)	件	1) 0%	2) 1~20%	3) 21~50%	4) 51~80%	5) 81%以上
4. 呼吸器系(肺)	件	1) 0%	2) 1~20%	3) 21~50%	4) 51~80%	5) 81%以上
5. 消化器系(肝胆脾胃腸)	件	1) 0%	2) 1~20%	3) 21~50%	4) 51~80%	5) 81%以上
6. 泌尿器系(腎臓)	件	1) 0%	2) 1~20%	3) 21~50%	4) 51~80%	5) 81%以上
7. 骨・関節	件	1) 0%	2) 1~20%	3) 21~50%	4) 51~80%	5) 81%以上
8. 造血器(骨髄脾リンパ)	件	1) 0%	2) 1~20%	3) 21~50%	4) 51~80%	5) 81%以上
9. 腫瘍・炎症	件	1) 0%	2) 1~20%	3) 21~50%	4) 51~80%	5) 81%以上
10. その他()	件	1) 0%	2) 1~20%	3) 21~50%	4) 51~80%	5) 81%以上
総計(または全体)	件	1) 0%	2) 1~20%	3) 21~50%	4) 51~80%	5) 81%以上

※ in vivo 件数は症例数ではなく、検査件数として考えて結構です。
 分担率(%)は、核医学専任および非専任の医師が関与した件数の率(%)で考えて下さい。

12.2 病院の in vitro 施設で1年間に検査する、R I in vitro 検査の全件数 _____件

in vitro 検査件数上位の5品目と検査件数とを下記に記入して下さい。

検 査 品 目	件 数
1.	件
2.	件
3.	件
4.	件
5.	件

12.3 非密封 R I 治療 有 (1 年間における R I 治療件数 _____ 件)、 無

13. 核医学部門の設備

13.1 in vitro 検査装置

- a オート・ウエル・カウンタ _____ 台
- b R I A トータル・システム _____ 台
- c 液体シンチレーション・カウンタ _____ 台
- d 手動式ウエル・カウンタ _____ 台
- e その他 () _____ 台
- f その他 () _____ 台

13.2 in vivo 検査装置

- a-1 ガンマ・カメラ (S P E C T を除く) _____ 台
- a-2 S P E C T
 - 回転型 検出器 1 ケ _____ 台
 - 2 ケ _____ 台
 - 3 ケ _____ 台
 - 4 ケ _____ 台
 - リング型 _____ 台
- b シンチスキャナー _____ 台
- c P E T (リング数) _____ 台
- d その他のイメージ装置 () _____ 台
- e 核医学情報処理装置 (専用電算機) _____ 台
- f レノグラム装置 _____ 台
- g 甲状腺 R I 摂取率測定装置 _____ 台
- h-1 その他の装置 () _____ 台
- h-2 その他の装置 () _____ 台

13.3 R I 製造標識装置

- a サイクロトロン (陽子 M e V) 有 無
- b R I 自動合成標識装置 () 有 無
- c その他 () _____ 台

13.4 R I 管理装置

- a-1 G M サーベイ・メータ _____ 台
- a-2 シンチレーション・サーベイ・メータ _____ 台
- a-3 電離箱サーベイ・メータ _____ 台
- b ハンド・フット・クロス・モニタ _____ 台
- c R I 集中管理装置 有 無
- d その他 () _____ 台
- e その他 () _____ 台

13.5 R I 廃棄装置 (参考資料)

- | | | | |
|---|-----------|-------|---|
| a | 液シン溶媒燃焼装置 | 有 | 無 |
| b | その他 () | _____ | 台 |
| c | その他 () | _____ | 台 |

13.6 その他の装置 (参考資料)

- | | | | |
|---|----------|-------|---|
| a | 骨塩定量測定装置 | _____ | 台 |
| b | M R I | _____ | 台 |
| c | その他 () | _____ | 台 |
| d | その他 () | _____ | 台 |

14. 将来 (1 ~ 5 年) における機器更新・新設・施設の拡充などの予定がありましたら、記入して下さい。

『

』

15. 専門医教育病院についてのご意見

『

』