

2019～2021年

日本核医学会専門医教育病院更新申請資料【更新】

(2017年1月1日より2017年12月31日までの実績にもとづいて記入して下さい。)

提出 年 月 日 記入者名 _____

1.1 機関名 _____

所在地(住所) 〒 _____

(電話) () _____ (FAX) () _____

(ホームページアドレス) _____

機関責任者 _____

核医学指導責任者 _____

(核医学指導責任者は日本核医学会核医学専門医であること、春季大会核医学専門医教育セミナー核医学指導者コースを修了していること)

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)を記入下さい。核医学専門医・指導責任者・指導担当医(常勤のみ)の氏名は2.の表に記入下さい)

a. 機関名 _____

所在地(住所) 〒 _____

(電話) () _____ (FAX) () _____

(ホームページアドレス) _____

機関責任者 _____

核医学指導担当医の有無 有、 無

b. 機関名 _____

所在地(住所) 〒 _____

(電話) () _____ (FAX) () _____

(ホームページアドレス) _____

機関責任者 _____

核医学指導担当医の有無 有、 無

c. 機関名 _____

所在地(住所) 〒 _____

(電話) () _____ (F A X) () _____

(ホームページアドレス) _____

機関責任者 _____

核医学指導担当医の有無 有、 無

d. 機関名 _____

所在地(住所) 〒 _____

(電話) () _____ (F A X) () _____

(ホームページアドレス) _____

機関責任者 _____

核医学指導担当医の有無 有、 無

1.3 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

2. 核医学指導責任者・指導担当医（常勤のみ）（核医学指導責任者・指導担当医は日本核医学会核医学専門医であること、春季大会核医学専門医教育セミナー核医学指導者コースを修了していること）
 なお、核医学指導責任者は指導担当医を兼ねることができる。
 （記入欄が不足するときは、下記項目を明記した別紙を添付してください。）

	氏名	年齢	所属または科名	日本核医学会会員番号	春季大会核医学専門医教育 セミナー核医学指導者コース 受講有無
				核医学専門医認定番号	
			職名または地位	医師免許証番号	
1					有 第（ ）回受講 無 第（ ）回受講予定
	核医学指導責任者				
2					有 第（ ）回受講 無 第（ ）回受講予定
	核医学指導担当医				
3					有 第（ ）回受講 無 第（ ）回受講予定
	核医学指導担当医				
4					有 第（ ）回受講 無 第（ ）回受講予定
	核医学指導担当医				
5					有 第（ ）回受講 無 第（ ）回受講予定
	核医学指導担当医				
6					有 第（ ）回受講 無 第（ ）回受講予定
	核医学指導担当医				
7					有 第（ ）回受講 無 第（ ）回受講予定
	核医学指導担当医				
8					有 第（ ）回受講 無 第（ ）回受講予定
	核医学指導担当医				

3. 病院・核医学部門で行われるカンファランス、CPC、研究会、抄読会等（核医学医師が常時出席するもの）

カンファランス等	年回数	時間/回	カンファランス等	年回数	時間/回

4. 施設内における放射線の防護を含めた安全管理の組織または委員会

4.1 放射線の防護を目的とした安全管理の組織または委員会 有 無
有の場合、その名称（ ）

4.2 その他の安全管理の組織または委員会 有 無
有の場合、その名称（ ）

5. 核医学診療の実績（各項目について申請前年度の実績を記入して下さい）

5.1 病院全体の1年間における一般核医学診断・検査の件数、および分担率

部 位	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・気管支）	件	1) 0%	2) 1～20%	3) 21～50%	4) 51～80%	5) 81%以上
5. 消化器系（唾液腺・肝 胆・膵・胃・腸）	件	1) 0%	2) 1～20%	3) 21～50%	4) 51～80%	5) 81%以上
6. 泌尿器生殖器系（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

5.2 病院全体の1年間におけるPET核医学診断・検査の件数、および分担率

種 類	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. FDG保険診療 腫瘍 心臓 脳	件 件 件	1) 0%	2) 1～20%	3) 21～50%	4) 51～80%	5) 81%以上
2. FDG自由診療	件	1) 0%	2) 1～20%	3) 21～50%	4) 51～80%	5) 81%以上
3. 0-15 ガス	件	1) 0%	2) 1～20%	3) 21～50%	4) 51～80%	5) 81%以上
4. その他の薬剤	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

※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。

5.3 非密封 R I 治療 有 (1 年間に於ける R I 治療件数 _____ 件)、 無

5.4 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
(R I in vitro 検査は無くても教育病院認定に支障ありません)
_____ 件

6. 核医学部門の設備

6.1 in vivo 検査装置

a-1 ガンマカメラ (SPECT)

回転型 検出器 1ケ	_____	台
2ケ	_____	台
3ケ	_____	台
4ケ	_____	台

リング型 _____ 台

a-2 SPECT-CT _____ 台

a-3 コインシデンスカメラ (PET-SPECT兼用装置) _____ 台

b PET _____ 台

うち、PET-CT _____ 台

c その他

6.2 in vitro 検査装置

a オート・ウエル・カウンタ _____ 台

b RIA 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

6.3 R I 製造標識装置

a サイクロトロン (陽子 MeV) 有 無

b R I 自動合成標識装置 () 有 無

c その他 () _____ 台

6.4 R I 管理装置

a-1 GM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