２０２０～２０２２年

日本核医学会専門医教育病院新規申請資料【新規】

（２０１８年１月１日よ２０１８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（予定者）

（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）予定者の氏名は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(予定者)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(予定者)の有無 有、 無

c. 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(予定者) の 有、 無

d. 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(予定者)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(予定者)（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・ﾘﾝﾊﾟ) | 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. O-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ＲＩ治療 有 （１年間におけるＲＩ治療件数 件）、 無

5.4 病院の in vitro 施設で１年間に検査するＲＩ in vitro 検査の全件数

（ＲＩ 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 ＲＩ製造標識装置

 ａ サイクロトロン（陽子 ＭｅＶ） 有 無

 ｂ ＲＩ自動合成標識装置（ ） 有 無

 ｃ その他（ ） 台

6.4 ＲＩ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 ＲＩ集中管理装置 有 無

 ｄ その他（ ） 台

以下7.から12.は認定の際に参考資料といたします。

7. 病院の区別 （該当番号を○で囲んで下さい）

7.1 総合病院

7.2 準総合病院（診療科目 ）

7.3 特定の疾患・診療科目を掲げる病院

 （その疾患・科目名 ）

7.4 その他

8. 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）

8.1 基準総病床数 床

8.2 １日平均入院患者総数 名

8.3 １日平均外来患者総数 名

9. 病理関係

9.1 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

9.2　病院で行われるＣＰＣ　　　有（　　　　　回／年）、無

10．専門医教育機関としての指定を受けている学会名

（ ） （ ）

（ ） （ ）

（ ） （ ）

（ ） （ ）

（ ） （ ）

（ ） （ ）

（ ） （ ）

（ ） （ ）

11. 核医学部門の業務形態

11.1 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 ）

11.2 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 その他

 （内容 ）

11.3 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

・非密封ＲＩ治療病棟の有無 有 無

有の場合記入して下さい 病床数 床

 密封ＲＩ治療病床との共用の有無 有 無

12. 核医学職員

12.1 核医学部門の長（管理者）の氏名・職名・所属

 機関の組織として核医学部門の責任者（例　核医学科部長、放射線科部長、内科医長、検査部長など）

 氏名

 職名

 所属

 第一種放射線取扱主任者免状の取得の有無 有 無

12.2 核医学に従事する医師（上記の3.2の指導責任者・指導医以外。常勤専任・非専任、非常勤を含む）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  氏 名 |  年 齢 | 所属または科名 | 日本核医学会会員番号 | 🗸を付けて下さい |
| 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 |  |  |  |  | □常勤専任□常勤非専任□非常勤 |
|  |
|  |  |
|  ２ |  |  |  |  | □常勤専任□常勤非専任□非常勤 |
|  |
|  |  |
|  ３ |  |  |  |  | □常勤専任□常勤非専任□非常勤 |
|  |
|  |  |
|  ４ |  |  |  |  | □常勤専任□常勤非専任□非常勤 |
|  |
|  |  |
|  ５ |  |  |  |  | □常勤専任□常勤非専任□非常勤 |
|  |
|  |  |
|  |  ６ |  |  |  |  | □常勤専任□常勤非専任□非常勤 |  |
|  |
|  |  |
|  |  ７ |  |  |  |  | □常勤専任□常勤非専任□非常勤 |  |
|  |
|  |  |

（記入欄が不足するときは上記項目を明記した別紙を添付してください）

12.3 核医学に従事する物理学者（放射線物理学者・医学物理士等）、化学者、薬学者等

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  氏 名 |  年 齢 | 所属または科名 | 専門分野 | 🗸を付けて下さい |
| 学位 |  |
| 職名または地位 | 日本核医学会会員番号 |
|  １ |  |  |  |  | □常勤専任□常勤非専任□非常勤 |
|  |
|  |  |
|  ２ |  |  |  |  | □常勤専任□常勤非専任□非常勤 |
|  |
|  |  |
|  ３ |  |  |  |  | □常勤専任□常勤非専任□非常勤 |
|  |
|  |  |
|  ４ |  |  |  |  | □常勤専任□常勤非専任□非常勤 |
|  |
|  |  |
|  ５ |  |  |  |  | □常勤専任□常勤非専任□非常勤 |
|  |
|  |  |
|  |  ６ |  |  |  |  | □常勤専任□常勤非専任□非常勤 |  |
|  |
|  |  |
|  |  ７ |  |  |  |  | □常勤専任□常勤非専任□非常勤 |  |
|  |
|  |  |

（記入欄が不足するときは上記項目を明記した別紙を添付してください）