

(別紙 1-a)

呼吸療法専門医 申請書

写真の位置

縦 36～40mm
横 24～30mm
本人単身胸から上

(顔写真は必須)

一般社団法人 日本呼吸療法医学会 御中

呼吸療法専門医の取得にあたり関係書類を添えて申請します。

西暦 年 月 日

申請者氏名

会員番号

住 所 〒

TEL (FAX)

E-mail

※E-mail 以外の連絡方法をご希望の場合は明記してください (FAX・郵送など)。

ただし、FAX や郵送は連絡に時間を要しますのでその点ご了承ください。

「 での連絡を希望します」

所属病院および施設名 (診療科)

職 名

所在地 〒

TEL (FAX)

注意：書類審査料を振込み後、振込控えの PDF も貼付してください。

(別紙 1-b)

履 歴 書

ふりがな

氏 名

生年月日： 年 月 日生

医籍登録番号：

学 位： 有 ・ 無 (博士)

現住所 〒

TEL：

学 歴

大学 医学部 年 月 卒業

大学 大学院 年 月 卒業

所属機関 病院名

職名：

施設名 (診療科)

所在地 〒

TEL：

FAX：

E-mail：

専門分野

専門医 名称 年 月 日 取得 第 号

名称 年 月 日 取得 第 号

名称 年 月 日 取得 第 号

主な職歴

年 月

年 月

年 月

年 月

年 月

年 月

年 月

年 月

(別紙 2-a)

研修期間の証明書

細則第 10 条 1 項の専門医認定申請資格の基準を以下により証明します。

申請者の氏名

会員番号

1. 呼吸療法専門医 研修施設名

病院名

認定番号

研修期間 (※) (計 年 カ月)

※呼吸療法専門医研修施設に認定されてから、3年以上研修する必要があります。

西暦 年 月 日 ～ 年 月 日

西暦 年 月 日 ～ 年 月 日

2. 呼吸療法専門医の氏名

専門医名 _____ 専門医番号 _____

所属部署 _____

病院長 年 月 日

氏名 公印

(別紙 2-b)

研修期間の証明書

細則第 10 条 2 項の専門医認定申請資格の基準を以下により証明します。

申請者の氏名

会員番号

1. 呼吸療法専門医 研修施設名

病院名

認定番号

研修期間 (計 年 カ月)

西暦 年 月 日 ~ 年 月 日

西暦 年 月 日 ~ 年 月 日

呼吸療法専門医の氏名

専門医名 _____ 専門医番号 _____

所属部署 _____

病院長 年 月 日

氏名 公印

2. 指定する学会の研修施設名、またはこれに準じる医療施設名

(準じる医療施設では、呼吸療法施設であることを証明する証書等の PDF を提出のこと)

病院名

指定学会名 _____ 認定番号 _____

研修期間 (計 年 カ月) 項目 1 の期間と重複しないこと

西暦 年 月 日 ~ 年 月 日

西暦 年 月 日 ~ 年 月 日

専門医名 _____

所属部署 _____

学会名 _____ その専門医番号 _____

病院長 年 月 日

氏名 公印 (上記と同じ病院では記載不要)

(別紙 2-c)

研修期間の証明書

細則第 10 条 3 項の専門医認定申請資格の基準を以下により証明します。

申請者の氏名

会員番号

1. 指定する学会

学会名

専門医番号

取得年月 年 月

注意：指定する学会の専門医であることを証明する証書の PDF を提出のこと。

2. 指定する学会の研修認定施設名、またはこれに準じる医療施設名

病院および施設名

指定学会名 _____ 認定番号 _____

研修期間 (計 年 カ月)

西暦 年 月 日 ~ 年 月 日

西暦 年 月 日 ~ 年 月 日

専門医名 _____ 専門医番号 _____

病院長 年 月 日

氏名 公印

注意：準じる医療施設では、呼吸療法施設であることを証明する証書等の PDF を提出。

診療実績報告書

ICU、救急室、手術室、回復室、病棟、在宅などで過去 5 年間に経験した代表的 10 例の概略。以下の呼吸療法に関する手技と症例について報告してください。

1. 手技：酸素療法 (①)、気道管理 (②)、用手的人工呼吸 (③)、機械的人工呼吸または非侵襲的人工呼吸 (④)、在宅人工呼吸 (⑤)、呼吸理学療法 (⑥) などの 6 つの呼吸療法のうち少なくとも 3 項目以上を記載。
2. 症例：心原性肺水腫 (⑦)、ARDS (⑧)、慢性閉塞性肺疾患の急性増悪 (⑨)、術後呼吸不全 (⑩)、神経筋疾患による呼吸不全 (⑪)、新生児および乳児呼吸不全 (⑫) などの 6 つの呼吸管理のうち少なくとも 3 項目以上を記載。
3. 特別な施設 (例：新生児集中治療室、小児集中治療室、呼吸管理センター、在宅呼吸療法施設など) に勤務のため上記の診療実績報告の一部を過去 5 年間に限って報告することが困難な場合は、その理由を明記し、5 年以上前の症例にさかのぼって記載してください。

(例)

手技/症例	年齢	性別	年月	主な呼吸療法	診療機関名・担当科
①	77	F	2008.5	気管挿管、PEEP	〇〇病院 ICU

概要：260kg の高度肥満のために意識下気管挿管を施行。術中低酸素血症のために 10cmH₂O の PEEP を負荷して酸素化を改善させた。術後の抜管時には気道閉塞を避けるために十分な覚醒を待ち抜管した。ICU では術後の気道閉塞に注意するとともに上半身を 30 度挙上し管理した。

(例)

手技/症例	年齢	性別	年月	主な呼吸療法	診療機関名・担当科
⑧	60	M	2009.2	誤嚥性肺炎、NPPV	〇〇病院救急科

概要：脳卒中後の誤嚥性肺炎による ARDS。NPPV を行ったが酸素化が改善せず気管挿管下人工呼吸へ移行した。気管挿管下人工呼吸で酸素化が改善し 7 日間の人工呼吸で救命しえた。気道感染に対しては、抗生物質〇〇を用い、同時に喀痰吸引を積極的に行った。早期診断にプロカルシトニンが有用であった。

1.

手技／症例	年齢	性別	年月	主な呼吸療法	診療機関名・担当科

概要：

2.

手技／症例	年齢	性別	年月	主な呼吸療法	診療機関名・担当科

概要：

3.

手技／症例	年齢	性別	年月	主な呼吸療法	診療機関名・担当科

概要：

4.

手技／症例	年齢	性別	年月	主な呼吸療法	診療機関名・担当科

概要：

5.

手技／症例	年齢	性別	年月	主な呼吸療法	診療機関名・担当科

概要：

6.

手技／症例	年齢	性別	年月	主な呼吸療法	診療機関名・担当科

概要：

7.

手技／症例	年齢	性別	年月	主な呼吸療法	診療機関名・担当科

概要：

8.

手技／症例	年齢	性別	年月	主な呼吸療法	診療機関名・担当科

概要：

9.

手技／症例	年齢	性別	年月	主な呼吸療法	診療機関名・担当科

概要：

10.

手技／症例	年齢	性別	年月	主な呼吸療法	診療機関名・担当科

概要：

業 績 目 録

1. 最近 5 年間の本会年次学術集会における発表

シンポジウム、パネルディスカッション、ワークショップ、特別講演、一般演題
(演者名全員、題名、第○回学術集会、場所、発表年)

①

②

③

2. 最近 5 年間の指定した他学会または、準じる研究会・セミナー、地方会における発表

(呼吸療法に関する内容であること。審査時に、学会・研究会・セミナー、地方会の
内容審査のための書類提出を求められることがある。)

演題 (演者名全員、題名、第○回学術集会等、場所、発表年)

①

②

③

3. 掲載論文 (本会会誌および他の学術誌への呼吸療法に関する掲載論文)

掲載雑誌名、執筆者名全員、題名、巻(号)、頁、年

①

②

(記載論文 1 編の別刷 PDF を添付してください)

4. 最近 3 年間の本会年次学術集会出席状況

第	回学術集会	会長名	場所
---	-------	-----	----

第	回学術集会	会長名	場所
---	-------	-----	----

第	回学術集会	会長名	場所
---	-------	-----	----

(出席証明書の PDF を貼付してください)