

(別紙 7-2)

呼吸療法専門医認定証の写し

(呼吸療法専門医が複数の場合は全員の認定証 PDF を貼付してください)

申請施設の概要

1. 開設者

2. 許可病床数

3. 診療科名 (有るものに☑をお付けください)

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 内 科 | <input type="checkbox"/> 精神科 | <input type="checkbox"/> 神経科 (又は脳神経内科) | <input type="checkbox"/> 呼吸器科 |
| <input type="checkbox"/> 消化器科 (又は胃腸科) | <input type="checkbox"/> 循環器科 | <input type="checkbox"/> 小児科 | <input type="checkbox"/> 外 科 |
| <input type="checkbox"/> 整形外科 | <input type="checkbox"/> 形成外科 | <input type="checkbox"/> 脳神経外科 | <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 |
| <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 | <input type="checkbox"/> 小児外科 | <input type="checkbox"/> 皮膚科 | <input type="checkbox"/> 泌尿器科 |
| <input type="checkbox"/> 眼科 | <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 | <input type="checkbox"/> 産婦人科 (又は産科、婦人科) | <input type="checkbox"/> 理学療法科 |
| <input type="checkbox"/> 放射線科 | <input type="checkbox"/> 麻酔科 | | |
| 中央部門名 <input type="checkbox"/> 集中治療部 | <input type="checkbox"/> 中央手術部 | <input type="checkbox"/> 救急部・救命救急センター | |
| その他 [| | |] |

4. 医師総数 () 名 (うち研修医) 名

5. 看護師総数 () 名

6. 理学療法士数 () 名

7. 臨床工学技士数 () 名

8. CTの台数 () 台

9. MRIの台数 () 台

申請施設における呼吸療法設備の概要

1. 病院内での呼吸療法の実施施設 (有るものに☑をお付けください)

- 集中治療部 救急部・救命救急センター 手術部
呼吸器診療部門 (RCU) 呼吸器科病棟 在宅人工呼吸部門
新生児診療部門 (NICU) 小児診療部門 (PICU) その他 ()

2. 呼吸サポートチーム (RST) の有無

- 有り 無し

3. 気道管理および用手人工呼吸器具

- 喉頭鏡 ブロンコファイバー エアウェイスコープまたは同等品
外科的気管切開セット 経皮的気管切開セット
バッグ・マスク ジャクソン・リース

4. 機械的人工呼吸の機器

(台数は概略で結構です。また、中央管理のものは欄外にお示しください)

- 成人用の長期人工呼吸装置 (台数)
新生児・小児用の長期人工呼吸装置 (台数)
非侵襲的陽圧換気装置 (台数)
体外式陰陽圧換気装置 (台数)
高頻度換気装置 (台数)
搬送用人工呼吸器 (台数)
ECMO (体外式膜型肺) 装置 (台数)
全身麻酔器 (台数)

5. 酸素療法・加温加湿の器具

- ベンチュリ法による酸素濃度調節器具 ネブライザー
人工鼻 加温型加湿器

6. 呼吸機能計測装置

- 血液ガス分析器 スパイロメータ
パルスオキシメータ 呼気二酸化炭素分析装置
経皮的O₂分析装置 経皮的CO₂分析装置