ECT研修施設実績報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　　　年　　　月　　　日

施設名：

精神科責任者　氏名：

調査回答者　　氏名：

　　　　　　　連絡先　TEL：

　　　　　　　　　　　FAX：

　　　　　　　　　　　Email：

**精神科病床**　　□なし　□開放　　　床　　□閉鎖　　　床　　一般　　　床

**精神科常勤医師数**　　　　名（うち卒後3-5年目の後期研修医　　　名）

**ECT講習会を受講した精神科医**

氏名：　　　　　　　　　　医師経験年数　　　年　GHP会員No　　　　　□非会員

氏名：　　　　　　　　　　医師経験年数　　　年　GHP会員No　　　　　□非会員

氏名：　　　　　　　　　　医師経験年数　　　年　GHP会員No　　　　　□非会員

氏名：　　　　　　　　　　医師経験年数　　　年　GHP会員No　　　　　□非会員

氏名：　　　　　　　　　　医師経験年数　　　年　GHP会員No　　　　　□非会員

**ECT麻酔を行う麻酔科医**（5名まで、標榜医番号は専門医番号でも可）

氏名：　　　　　　　　　　医師経験年数　　　年　　麻酔科標榜医No

氏名：　　　　　　　　　　医師経験年数　　　年　　麻酔科標榜医No

氏名：　　　　　　　　　　医師経験年数　　　年　　麻酔科標榜医No

氏名：　　　　　　　　　　医師経験年数　　　年　　麻酔科標榜医No

氏名：　　　　　　　　　　医師経験年数　　　年　　麻酔科標榜医No

**ECT施行場所**：

□手術室　□病棟処置室　□外来処置室　□その他（　　　　　　　　　　）

**日帰りECT**：□施行している　□施行していない

**メンテナンスECT**：□施行している　□施行していない

**クロザピン認可施設である**：□はい　□いいえ

**サイマトロンモデル200**：

□導入1年超　□導入1年以内（　　　　年　　月導入）　□未導入