年　　　月　　　日現在

**一般社団法人日本アフェレシス学会**

**認定施設認定申請書**

ふりがな

申請認定施設名

病院長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公印

病院所在地　〒

TEL:　　　(　　 　)　　　　　　　　FAX:　　 　(　　 　)

＊認定施設に関するものを記入する。

　当施設を日本アフェレシス学会認定施設制度規則に規定する認定施設として認定されることを申請致します。

年　　　月　　　日現在

**一般社団法人日本アフェレシス学会**

**認定施設概要説明書　１**

申請施設名

１）特定機能病院、総合病院、その他の施設（いずれか○をつける。）

２）更生医療認定施設（腎機能障害）指定の有無------（有・無）

３）アフェレシス従事常勤医数　　（　　　　　）名

　　アフェレシス非従事常勤医数　（　　　　　）名

４）ａ．特定機能病院、総合病院の標榜科：（　）内に○をつける。

　　　内科（　　）/外科（　　）/小児科（　　）/泌尿器科（　　）/眼科（　　）

　　　産婦人科（　　）/耳鼻咽喉科（　　）/整形外科（　　）/精神科（　　）

　　　皮膚科（　　）/麻酔科（　　）/脳外科（　　）/その他（　　）

　　ｂ．その他の施設の標榜科：（　）内に○をつける。

　　　内科（　　）/　小児科（　　）　/　その他（　　　　　　　　　　）

　　　外科（　　）/　泌尿器科（　　）/　その他（　　　　　　　　　　）

５）総病床数　（　　　　　　　　　　）床

６）設備

　①臨床検査室　（　有　・　無　）

　　緊急血液・生化学検査の可否---（可・否）　細菌学的検査の可否---（可・否）

　　血液ガス分析の可否----------（可・否）　病理検査の可否------（可・否）

　②図書室　　　（　有　・　無　）

　③剖検室　　　（　有　・　無　）

　④手術室　　　（　有　・　無　）

　⑤画像診断設備：ＣＴスキャナ　　（有・無）　ＭＲ装置　　　　　　（有・無）

　　　　　　　　　超音波診断装置　（有・無）　ＲＩ施設　　　　　　（有・無）

　　　　　　　　　血管撮影装置　　（有・無）　通常の放射線撮影装置（有・無）

　⑥研究室　　　（　有　・　無　）

　⑦講義室　　　（　有　・　無　）

　⑧病歴室　　　（　有　・　無　）

年　　　月　　　日現在

**一般社団法人日本アフェレシス学会**

**認定施設概要説明書　２**

申請施設名

７）アフェレシス治療に関する定期教育行事---実施しているものに○をつけ実施

　　回数を記入する。

　　（　　　）症例検討会　（　　　　　回/月）

　　（　　　）抄読会　　　（　　　　　回/月）

　　（　　　）死因検討会　（　　　　　回/月）

　　（　　　）その他　（　　　　　　　　　 ）（　　　　　回/月）

８）他の学会等の認定施設指定等について

　　　日本内科学会の教育施設認定------------------------（　有　・　無　）

　　　日本外科学会の教育施設認定------------------------（　有　・　無　）

　　　日本小児科学会の教育施設認定　 -------------------（　有　・　無　）

９）患者状況について

　　①年間アフェレシス実施件数　　　　　（　　　　　　　　　）　件

　　②年間アフェレシス症例数　　　　　　（　　　　　　　　　）　例

１０）血液浄化装置等について

　　①透析用監視装置　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　）　台

　　　個人用透析装置　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　）　台

　　②多用途血液処理用装置（アフェレシス関連）　（　　　　　　　　　）　台

多用途血液処理用装置（アフェレシス関連）詳細

　　　　　　血液浄化（用）・血漿交換用装置 （　　 　　　　　　）　台

　　　　　　持続緩徐式血液浄化装置　　　　　　　　 （　　 　　　　　）　台

　　　　　　血漿浄化装置 （　　　　　 　　　）　台

年　　　月　　　日現在

アフェレシス年間症例　報告書

申請施設名

　　　　　　　　　　　　　記載担当者　職名

署名　　　　　　　　　　㊞

過去１年間のみ　（個人情報保護のため、患者氏名は記載しないでください。）

記入例　　［患者］　40歳代　　性別　女性　　［病名］　潰瘍性大腸炎（重症）

　　　　　［施行方法］　顆粒球除去療法（GMA）10回実施

1 　　［患者］　　　　　　　歳代　性別　　　［病名］

　　　［施行方法］

2 　　［患者］　　　　　　　歳代　性別　　　［病名］

　　　［施行方法］

3 　　［患者］　　　　　　　歳代　性別　　　［病名］

　　　［施行方法］

4 　　［患者］　　　　　　　歳代　性別　　　［病名］

　　　［施行方法］

5 　　［患者］　　　　　　　歳代　性別　　　［病名］

　　　［施行方法］

6 　　［患者］　　　　　　　歳代　性別　　　［病名］

　　　［施行方法］

7 　　［患者］　　　　　　　歳代　性別　　　［病名］

　　　［施行方法］

8 　　［患者］　　　　　　　歳代　性別　　　［病名］

　　　［施行方法］

9 　　［患者］　　　　　　　歳代　性別　　　［病名］

　　　［施行方法］

10　　［患者］　　　　　　　歳代　性別　　　［病名］

　　　［施行方法］

年　　　月　　　日現在

**一般社団法人日本アフェレシス学会認定制度**

**認定専門医・認定技士　勤務証明書**

　施設所在地

施　設　名

病　院　長　　　　　　　　　　　　 　　公印

　当施設には、下記認定専門医（見込み）及び認定技士が常時勤務し、アフェレシス医療及びアフェレシス医療教育に携わっていることを証明致します。

【日本アフェレシス学会認定血漿交換療法専門医・認定技士】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　　　名 | 認定登録番号 |
| 教育責任者： |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |