**日本神経学会認定施設調査書**  　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日　提出

□ 新規申請　　□ 更新申請　　□ 区分変更申請

施設番号　　　　　　　　　　　　認定番号　　　　　　　　　　　 現在の施設認定区分

医療施設名（カナ）

（漢字）

施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒

ＴＥＬ　　 　　　　　　　　　　　　FAX　 　　　　 　　　E-mail

申請する施設区分 □教育施設

□准教育施設

□教育関連施設　 （教育連携施設　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　）

**I．脳神経内科専門研修診療科と指導管理責任者名**

**診療科**□脳神経内科　　　□その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**指導管理責任者名**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 専門医番号 | 指導医の場合○印と指導医番号 | | 氏　名 | 所属・役職 |
|  |  |  |  |  |

**※教育施設と准教育施設の指導管理責任者は常勤の指導医とする。教育関連施設は専門医でも良い。**

**II．施設の概要**

１，施設分類（該当項目をチェック）

（１）医療機関区分　□病院　□診療所（□有床診療所　（　　）床　□無床診療所）

（２）上で「病院」をチェックされた施設は下記を選択してください。

□大学病院（□国立大学　□公立大学　□私立大学）

□大学病院以外

（３）上で「大学病院以外」をチェックされた施設は下記を選択してください。

（A）開設主体　□国（国立療養所、国立病院機構、労災病院、国立高度専門医療研究センター、

地域医療機能推進機構、防衛省、法務省、宮内庁、国立印刷局など）

□公的医療機関（都道府県、市町村、地方独立行政法人、日赤、済生会、北海道社会事業協会、

厚生連、国民健康保険など）

□社会保険関係団体（健康保険組合および連合会、国民健康保険組合など）

□民間系（公益社団法人、公益財団法人、医療法人、社会福祉法人、医療生協、企業・会社、

一般社団法人、一般財団法人、宗教法人、個人など）

（Ｂ）保有病床区分と病床機能

（a）保有病床区分（複数選択可）：□一般病床□療養病床□その他（　　）

（ｂ）保有病床機能（複数選択可）：□高度急性期機能□急性期機能□回復期機能□慢性期機能（ｃ）主たる病床機能（一つ選択）：□高度急性期機能□急性期機能□回復期機能□慢性期機能

□混合形態（高度急性期＋急性期、急性期＋慢性期、回復期＋慢性期など）

**III. 内科系神経疾患診療担当科（脳神経内科など）のスタッフ**

**上記指導管理責任者を除き、記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 所属・役職 | 専門医番号 | 指導医の場合○印と指導医番号 | | 常勤医の場合○印 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

指導医、専門医の所属・職名（5名以内。常勤は週4日勤務、週32時間以上診療にあたり、当直は2日扱い）

**IV．診療実績（脳神経内科疾患に関して）　＊2018年1月1日より12月31日までの1年間**

　A. １年間の脳神経内科疾患の統計

　　初診外来患者数　　　　　　 人／年　　　　再診外来患者数　　　　　　　 人／年

　　入院ベッド数　　　　　　　　　 床　　　　　　　年間入院患者数　　　　　　　　　　人／年

平均在院日数　　　　　　　　 日　　 新規入院患者数　　　　　　　　　 人／年

　　神経疾患剖検数　　　　　　 例／年

B．１年間の入院患者の内訳

１. 脳梗塞・TIA 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人

２. 脳出血・その他の血管障害　　　　　　　　　　　　　　　　　　人

３．感染症・炎症性疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　人

４．中枢性脱髄疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　人

５．免疫性末梢神経疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人

６. 免疫性筋疾患　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 人

７．末梢神経疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 人

８．筋疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人

９．変性疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 人

１０．認知症疾患　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　 人

１１．発作性・機能性疾患　 　　　　　　　　　　 　　　　人

１２．自律神経疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人

１３．脊椎・脊髄疾患　　　　　　　　　　　　　 　人

１４．腫瘍性疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人

１５**．**代謝性疾患　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人

１６．Medical neurology・その他　　　　　　　　　　　　　　　人

C. 1年間の脳神経内科疾患に関する活動内容について

　脳神経内科疾患患者のclinical conference 回

　神経放射線conference 回

　他科との合同conference 回

　CPC 回

　他院（地域・医師会を含む）との合同conference 回

　その他，特別なconferenceがありましたら名称と１年間の回数を記入ください

D．1年間の脳神経内科で行った臨床検査実施件数について

CT 約 件

MRI，MRA 約　　　　　　　　 件

PET, SPECT 約　　　　　　　　 件

脳血管撮影 約　　　　　　　　 件

頭頚部血管超音波検査 約　　　　　　　　 件

脳波 約　　　　　　　　 件

神経伝導検査 約　　　　　　　　 件

針筋電図 約　　　　　　　　 件

誘発筋電図（SEP，VEP，ABR，MEP） 約　　　　　　　　 件

筋生検 件

神経生検 　件

E．各検査についての質問にお答えください

　画像診断は放射線科医師とダブルチェックを行っているか

　　　　放射線科医師による画像診断　　　□あり　　　　□一部のみ　　　　□なし

　筋生検標本の採取，処理，判定（特殊な処理は除く）は貴施設の中で行われているか

　　　　□原則として全て単独で行っている

　　　　□協力施設と連携して行っている（協力施設名　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　□行っていない（必要な場合には他施設に依頼する）

F．1年間の医療介護・福祉・在宅医療

指定難病　臨床調査個人票 　　　　　件

介護保険　主治医意見書 　　　　　　 件

身体障害者手帳　診断書・意見書 　　　　　　 件

在宅医療に関する指導・意見書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　件

（訪問看護、在宅呼吸管理、IVH等）

他の医療機関との診療連携 　　　　　件

**V．1年間の学会活動**

日本神経学会学術大会に □演題を出した （　　　題）　□演題を出していない

日本神経学会地方会に □演題を出した （　　　題）　□演題を出していない

日本内科学会（総会，地方会）に　 □演題を出した （　　　題）　□演題を出していない

日本脳卒中学会に 　　　　　　□演題を出した　 （　 題） □演題を出していない

その他，臨床に係る演題を出した神経疾患関連学会

　　（　　　　　　　　　　　　）学会 　　　　題　　　（　　　　　　　　　　　　）学会 　　　　 題

　　（　　　　　　　　　　　　）学会 　　　　題　　　（　　　　　　　　　　　　）学会 　　　　 題

(　　　　　　　　　　　　）学会 　　　　題　　　（　　　　　　　　　　　　）学会 　　　　 題

**VI．最近3年間の論文発表**

原著、症例、総説等　　　　　　　　　　　編

**Ⅶ.研修計画（必ずコピーを同封してください）**

１．貴施設における脳神経内科専門医養成のための研修内容について

□施設単独での専門医養成の研修計画がある

□他の施設と連携で行う研修計画がある

　　　　　　連携施設名

2. 参加を予定しているハンズオンセミナーなどの講習会名

3．貴科の特徴，および診療・教育・研究に関して簡単に記述してください．