



事 務 連 絡

平成18年7月7日



各 医 師 会 御 中

福 岡 県 医



「麻酔科標榜許可の審査に係る医療法施行規則の一部改正の
留意事項について」の訂正について

標記「麻酔科標榜許可の審査に係る医療法施行規則の一部改正の留意事項」
につきましては、平成17年5月27日付福岡県医発第427号（地）にてご連絡
いたしておりましたが、今般、別紙1～3様式の一部に誤りがあり、別添の
とおり修正された旨、日本医師会より通知がありましたので、お知らせいた
します。

つきましては、ご多忙中誠に恐れ入りますが、貴会におかれましても本件に
ついてご了知いただくとともに差し替え方につきましてご高配賜りますようお
願い申し上げます。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽





医 務 連 絡

平成 18 年 6 月 27 日

都道府県医師会

事務局長 殿

日本医師会地域医療第1課

「麻酔科標榜許可の診査に係る医療法施行規則の一部改正
の留意事項について」の訂正について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、平成17年5月18日付日医発第134号（地I32）の文書を以って、貴会にお送り申し上げた「麻酔科標榜許可の診査に係る医療法施行規則の一部改正の留意事項について」につきまして、厚生労働省医政局総務課より標記に関する訂正通知がなされました。

つきましては、お手数をおかけして申し訳ございませんが、本件についてご了知いただきますとともに差し替え方につきましてご高配賜りますようお願い申し上げます。



事 務 連 絡

平成18年6月26日

(社) 日本医師会 御中

厚生労働省医政局総務課

「麻酔科標榜許可の審査に係る医療法施行規則の一部改正
の留意事項について」の一部修正について

平成17年5月2日付で「麻酔科標榜許可の審査に係る医療法施行規則の一部改正の留意事項について」（医政発第0502004号厚生労働省医政局長通知）を発出し、新たな申請様式（別紙第1～3）を示したところですが、当該様式の一部に誤りがあり、今般、該当箇所を修正し、別添のとおり改めたので、ご了知の上お取り扱い下さるよう、よろしくお願い申し上げます。

〔別紙第1〕

麻酔科標榜許可申請書

医療法第70条第2項の規定による診療科名として麻酔科の標榜を許可されたく、麻酔施行経験証明書を添付し申請します。

年 月 日

氏名 _____ 印

厚生労働大臣 殿

ふりがな 氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日 (満 才)
ふりがな 現住所 〒 (-)	電話番号 () —		
ふりがな 従事先の名称	電話番号 () —		
診療科名(注1)	役職又は地位		
医籍登録番号	医籍の 登録年月日		

年	月	略 歴	常勤又は非常勤の別(注2)
		大学卒業	
			常勤・非常勤(週 時間)
			常勤・非常勤(週 時間)
			常勤・非常勤(週 時間)
			常勤・非常勤(週 時間)
			常勤・非常勤(週 時間)
			常勤・非常勤(週 時間)
			常勤・非常勤(週 時間)
			常勤・非常勤(週 時間)

麻酔業務に関する経歴(注3)	期 間	年 数	常勤又は非常勤の別	症例数	施設名	施設の所在地	麻酔指導医の氏名
	年 月 日～ 年 月 日	年 か月	常勤 非常勤	例			
	年 月 日～ 年 月 日	年 か月	常勤 非常勤	例			
	年 月 日～ 年 月 日	年 か月	常勤 非常勤	例			
	年 月 日～ 年 月 日	年 か月	常勤 非常勤	例			
	年 月 日～ 年 月 日	年 か月	常勤 非常勤	例			
	年 月 日～ 年 月 日	年 か月	常勤 非常勤	例			
	合 計	年 か月		例			

注1) 診療科名については、現在診療に従事している診療科名を記載のこと。

注2) 非常勤の場合は、週当たりの勤務時間を記載のこと。また、麻酔業務に関連のない期間については、記入不要であること。

注3) 麻酔業務に関する経歴については別紙第2または別紙第3の内容と一致していること。

麻酔施行経験証明書

当該医療機関における麻酔の実施に係る体制及び申請者の麻酔業務に係る経歴に関し、下記の記載に相違ないことを証明する。

年 月 日

病院
病院長 _____ 印

医療機関名 _____
所在地 _____

申請者の氏名 _____ (年 月 日生まれ)

修練した期間

(年 月 日～ 年 月 日: 年 か月) (常勤・非常勤 (週 時間))

(年 月 日～ 年 月 日: 年 か月) (常勤・非常勤 (週 時間))

(年 月 日～ 年 月 日: 年 か月) (常勤・非常勤 (週 時間))

症 例 数*1 (症例)

申請者の指導を行った医師(麻酔指導医)の氏名 _____

麻酔指導医の略歴*2 _____ (認定番号)

申請者が修練した期間における医療機関の体制*3

麻酔部門について

部門の名称 _____

責任者の氏名(役職) _____ ()

常勤・非常勤の別 常 勤 ・ 非 常 勤

麻酔部門の責任者の略歴*2 _____ (認定番号*4)

麻酔症例 年間 _____ 症例 (年 月 日～ 年 月 日)

手術室 _____ 室

麻 酔 器 _____ 台

*1 申請者が担当した症例数を記載することが望ましい。

*2 麻酔指導医及び麻酔部門の責任者の略歴(別途添付)については、(社)日本麻酔科学会による専門医の認定を受けている旨及び専門医番号を記載した場合は、省略して差し支えない。

*3 申請者が麻酔業務を行っていた期間にかかる医療機関の体制について記載すること。

*4 麻酔部門の責任者が、麻酔指導医と同一の場合は、省略して差し支えない。

〔別紙第3〕

麻酔施行経験証明書

申請者の麻酔施行経験について、下記の通り相違ないことを証明する。

年 月 日

病院

病院長 印

医療機関名

所在地

申請者氏名

(年 月 日生まれ)

症例数 計 症例

番号	実施日	麻酔法	患者の氏名等	病 名	手術術式	術 者
1						
2						
3						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
298						
299						
300						
・						
・						

注) 麻酔法については、吸入麻酔、静脈麻酔、硬膜外麻酔等の別を明記すること。
また、複数の麻酔法を用いた場合は、併用した麻酔法のすべてを明記すること。

厚生労働大臣 殿