様式14

令和　　年　　月　　日

日本総合病院精神医学会ECT委員会　殿

所属機関・職名

申請者氏名　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　（専門医指導医番号 　　　　　 ）

日本総合病院精神医学会ECT研修施設認定新規申請書

標記の新規施設認定を新規申請します。

施設名：

精神科責任者　氏名：

担当者　氏名：

連絡先

TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

E-mail：

ECT施行状況

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施行場所　□手術室　□病棟処置室　□外来処置室　□その他（　　　　　　）

メンテナンスECT　□施行している　□施行していない

日帰りECT　□施行している　□施行していない

クロザピン認可施設　□はい　□いいえ

**（申請時点で下記の当てはまる項目に、☑を記入し、任意事項以外はすべて満たすことをご確認ください）**

**□**　日本総合病院精神医学会専門医研修施設あるいは特定研修施設である。（認定証コピーを添付してください）

**□**　過去 5 年間のパルス波治療器による無けいれん性電気けいれん療法施行が、いずれかの3年間の平均で 年間実患者 10 名以上または試行回数 100 件以上である。

（ECT施行実績（※ 過去 5 年間のうちいずれかの3年間の実績を年毎（1～12月）に下記に提示してください）

（ ＿＿＿＿＿＿ 年）

・施行患者総数：＿＿＿＿＿＿＿＿名

・総施行件数：　＿＿＿＿＿＿＿＿件

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**（** ＿＿＿＿＿＿ **年）**

・施行患者総数：＿＿＿＿＿＿＿＿名

・総施行件数：　＿＿＿＿＿＿＿＿件

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**（** ＿＿＿＿＿＿ **年）**

・施行患者総数：＿＿＿＿＿＿＿＿名

・総施行件数：　＿＿＿＿＿＿＿＿件

**□**　ECT 講習会を受講した精神科医が 1 名以上常勤（週 32 時間以上）している。

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

**□**　麻酔科標榜医または麻酔科専門医が常勤で、または非常勤の場合は週 32 時間以上勤務し、ECT 麻酔を実施または指導している。

ECT麻酔を行う麻酔科医（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

**□**　日本精神神経学会 ECT 検討委員会およびに日本総合病院精神医学会 ECT 委員会に よる推奨事項（改訂版）に準拠した ECT 施行マニュアルを整備している。（マニュアルのコピーを添付してください）

**□**　ECT 施行患者のデータを適切に管理しており、学会へ毎年「ECT 実績報告書」を提出することに同意する。

**□**　重篤な有害事象（IA 報告の 3b 以上のアクシデントとする）が起こった場合 は、速やかに「ECT 有害事象報告書」（様式 4）にて報告することに同意する。

**□**　（任意事項）「ECT 実績報告書」によるデータは、ECT による治療の改善のために、学会員に一部を公表し、多施設臨床研究として論文などで公表することに同意する。