様式19

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研修施設更新、施設復帰および施設一時休止の申請書

標記の認定更新、復帰あるいは一時休止を申請します。

**□　施設更新を申請する**

**□　施設復帰を申請する**

**□　施設一時休止を申請する**前述の項目を現在、一部満たさないため、ECT研修施設を休止として、再度満たせばECT研修施設として復帰を希望する。

（更新、復帰予定の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」を提出している。

**□**　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