No. 4 -

受付日：　　　年　　月　　日

摂食嚥下機能評価研修会申込書

記入日：平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| １．職　種 | □医師　（診療科目：　　　　　　科）　　　　□歯科医師 |
| ２．氏　名 | 年齢：　　　 歳  　　　　　　　　　　　 性別： 男 ・ 女 |
| ３．所　属 | 所属：  住所：  電話番号：  メールアドレス：  （受講者ご本人のメールアドレスをご記入ください．受講までのご連絡をさせていただきます．） |
| ４．嚥下機能検査  実績 | 内視鏡下嚥下機能検査の経験の有無  　️ あり → 経験年数 年 おおよその症例数 　 件／月  □ なし  5年以上の内視鏡下嚥下機能検査の実績:  　️ あり　　️ なし  　↓  実技免除の希望：□ あり　□ なし  ＊ありの場合は別紙1の診療実績報告を申込書とともにご提出ください．  現在までの嚥下内視鏡検査実績：　　　　　　　　　件  現在までの嚥下造影検査実績：　　　　　　　　　　件 |
| 5．領収書の要否 | 領収書：️ 必要　　️ 不要  　　　　↓  　　　　領収書宛名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　． |

No. -

受付日：　　　年　　月　　日

別紙1

　　　　　　　　　　　　　記入日：平成　　　年　　　月　　　日

診療実績報告

（内視鏡下嚥下機能検査の経験が5年以上あり，実技免除を希望する方のみお書きください）

1．診療経歴（内視鏡下嚥下機能検査の診療経歴を簡単に記載）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

2．症例リスト（申し込み日よりさかのぼり直近に内視鏡下嚥下機能検査を行った10症例を記載）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 検査日 | 年齢 | 性別 | 原疾患 | 検査時の  栄養摂取方法 | 重症度  □DSS  □藤島グレード | 方針 |
| 1 |  |  | 男・女 |  | 経管のみ  経管経口併用  経口のみ |  |  |
| 2 |  |  | 男・女 |  | 経管のみ  経管経口併用  経口のみ |  |  |
| 3 |  |  | 男・女 |  | 経管のみ  経管経口併用  経口のみ |  |  |
| 4 |  |  | 男・女 |  | 経管のみ  経管経口併用  経口のみ |  |  |
| 5 |  |  | 男・女 |  | 経管のみ  経管経口併用  経口のみ |  |  |
| 6 |  |  | 男・女 |  | 経管のみ  経管経口併用  経口のみ |  |  |
| 7 |  |  | 男・女 |  | 経管のみ  経管経口併用  経口のみ |  |  |
| 8 |  |  | 男・女 |  | 経管のみ  経管経口併用  経口のみ |  |  |
| 9 |  |  | 男・女 |  | 経管のみ  経管経口併用  経口のみ |  |  |
| 9 |  |  | 男・女 |  | 経管のみ  経管経口併用  経口のみ |  |  |