　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設番号«施設番号»

**研修施設年次報告書**

施設名　«施設名»

所在地　«住所»

電話番号　«TEL»

病院の種類（○で囲む）：小児整形外科専門病院　骨・軟部腫瘍専門病院　リハビリ専門病院

　　　　　　　　　　　 障害児(者)医療専門病院　救命救急専門病院　その他（　　　　　　　　専門病院）

※上記のいずれかに該当する場合は｢年間整形外科手術件数100例以上｣の条件が除外されます．

1.　常勤整形外科専門医（提出日現在の常勤整形外科専門医の氏名等を記入）

（研修指導責任者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　 整形外科専門医資格取得日　S ･ H　　年　　月　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　 整形外科専門医資格取得日　S ･ H　　年　　月　　日

　複数の場合は代表者2名を記入

2.　研修指導者講習会を受講した常勤整形外科専門医氏名と受講年月日（代表者1名について記入）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　 　受講年月日　H　　　年　　 月　　日

3.　1.以外の常勤整形外科専門医数　　　人

4.　前年度1年間（2017年4月1日～2018年3月31日）の、整形外科としての学術活動

　(1) 学会発表　（　有　・　無　）

主な10編以内のタイトル，学会名，年月日：

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

　(2) 論文発表　（　有　・　無　）

主な10編以内のタイトル，雑誌名，巻，号，年：

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

(3) 研修会主催　（　有　・　無　）

主な3回以内の研修会の研修会名，年月日：

1.

2.

3.

5.　2018年3月31日までの1年間に3カ月以上にわたって研修した整形外科医

　　　　　　　　　　　　　(日整会会員で整形外科専門医を目指して研修した医師）の数　　　　　人

6.　年間整形外科新患数　　　　　人

7.　2018年3月31日までの1年間の最大整形外科入院(在院)患者数　　　 人

　　※整形外科入院患者が最も多かった日の整形外科入院(在院)患者数をご記入ください．

8． 人工関節手術の実施　　　　（　　有　　　・　　　無　　）

有の場合、日本人工関節登録制度への参加　　　（　　有　　　・　　　無　　）

有の場合、年間人工関節手術件数THA（　　　件）　TKA・UKA（　　　件）　TSA（　　　件）

9.　年間整形外科手術件数　　　　件 (外来手術を含む)

主な整形外科手術療法

代表的なもの3種類以内を記入(THA、TKA･UKA、TSA以外)

10.　病院全体の総病床数　　　　　 床

11.　初期臨床研修（厚生労働省）施設の指定　（　有　・　無　）

12.　初期臨床研修（厚生労働省）期間中の整形外科での研修　（　有　・　無　）

13.　院内（または整形外科内）学習会、検討会、ＣＰＣ　（　有　・　無　）

14.　学会、研修会への出席支援　　（　有　・　無　）

15.　以下の各項目についてご記入下さい．

　(1) 病歴の保管：　（　5年、　6年以上、　永久　）

　(2) Ｘ線写真の保管：　（　5年、　6年以上、　永久、　その他　　年　）

　(3) 図書室　　　( 有 ・ 無　）　　日整会機関誌：（ 日整会誌― 有 ・ 無、　ＪＯＳ― 有 ・ 無 ）

　(4) 一般検査室　　( 有 ・ 無 ）

　(5) 画像検査室　　（　ＣＴ、　ＭＲＩ、　骨量測定機器、　ＲＩシンチ、　超音波診断装置　）

　(6) 理学療法室　　　( 有 ・ 無 ）、　　有資格ＰＴ　　　( 有 ・ 無 ）

　(7) 作業療法室　　　( 有 ・ 無 ）、　　　　　ＯＴ　　　( 有 ・ 無 ）

(8) 緩和医療、在宅医療システム　（　有　・　無　）

　(9) 院内倫理対策　　（　有　・　無　）

　(10) 院内医療安全対策　　（　有　・　無　）

報告者

上記の記載に相違ないことを認めます．

　　2018年　　月　　日

施設長（院長）名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印