

## 【 覚醒下脳手術施設認定制度 認定申請方法】

一般社団法人日本脳神経外科学会・日本 Awake Surgery 学会が定める覚醒下脳手術施設認定制度指針および施行細則に記載された申請資格を満たし、同施設認定に申請する施設は、認定制度指針および施行規則を熟読の上、ご申請ください。

### a. 手術実績一覧（様式第 2 号）

これまでに申請施設で行われた覚醒下脳手術の全数と代表症例 5 例について記載する。  
手術の概要については、行ったモニタリング・マッピングの種類とその結果も記載する。

### b. 学術集会参加証明証および講習会修了証（写）

様式第 1 号に記載された 2 名以上の脳神経外科医および麻酔科専門医について、5 年以内に 2 回以上の本学会学術集会参加証明書類および講習会修了証の写を添付すること。

### c. 審査料の振込先（審査手数料：初回 10,000 円・継続 5,000 円）

口座名 「日本 AWAKE SURGERY 学会 事務局 佐藤慎哉」

銀行名 山形銀行 大学病院前支店（支店番号 118）

口座番号 普通預金口座 575542

\*振込用紙には、施設名を明記してください。

\*振込手数料は、申請施設でご負担いただきますようお願いいたします。

\*受領証またはお客様控え等のコピーを申請書とともにお送りください。

### d. 申請書等送付先（郵便簡易書留でご郵送ください。）

〒990-9585 山形県山形市飯田西 2-2-2

山形大学医学部脳神経外科学講座内

日本 AWAKE SURGERY 学会事務局

覚醒下脳手術施設認定制度申請係 宛

TEL: 023-628-5349 FAX: 023-628-5351

## 施設認定申請書

一般社団法人日本脳神経外科学会  
日本 Awake Surgery 学会

理事長 殿  
会長 殿

覚醒下脳手術に係る施設認定を受けたく、  
審査料を添えて申請します。

ふりがな 施設名			
申請者	(印)	日本麻酔科学会 認定施設番号	
脳神経外科専門医		日本脳神経外科学会 専門医番号	
脳神経外科専門医		日本脳神経外科学会 専門医番号	
麻酔科学会専門医		日本麻酔科学会 専門医番号	
・ 学術集会 ・ 講習会参加履歴 (証明書類添付) ・ 経験手術数	(脳神経外科医氏名： ) 参加学術集会：【                  】【                  】 参加講習会：【                  】【                  】 覚醒下脳手術経験数：【              】		
	(脳神経外科医氏名： ) 参加学術集会：【                  】【                  】 参加講習会：【                  】【                  】 覚醒下脳手術経験数：【              】		
	(麻酔科医氏名： ) 参加学術集会：【                  】【                  】 参加講習会：【                  】【                  】 覚醒下脳手術経験数：【              】		
頭蓋内腫瘍 摘出術年間 手術件数	*診療報酬点数表 K169 に該当する頭蓋内腫瘍摘出術手術件数 (過去3年間) 平成__年度 (            件)、平成__年度 (            件)、平成__年度 (            件)		
申請種別	<input type="checkbox"/> 新規申請    ・ <input type="checkbox"/> 継続申請		
覚醒下脳手術実施における、日本 Awake Surgery 学会作成ガイドラインに準拠した手術を行うことへの同意。	<input type="checkbox"/> 同意します。		

審査料
※

委員会		
受付日時	受付番号	審査結果
※	※	※

※印の箇所は委員会記入

## 手術実績一覧

施設名：

覚醒下脳手術実施件数(全数)：

1	診断名				手術日	年	月	日
	患者年齢	歳	性別	男・女	WHO grade			
	病変部位				覚醒時間	時間	分	
	術者				助手			
	麻酔科医							
	手術名							
	モニタリング・マッピングの種類							
	(手術概要)							

2	診断名				手術日	年	月	日
	患者年齢	歳	性別	男・女	WHO grade			
	病変部位				覚醒時間	時間	分	
	術者				助手			
	麻酔科医							
	手術名							
	モニタリング・マッピングの種類							
	(手術概要)							

## 手術実績一覧

施設名：

3	診断名				手術日	年	月	日
	患者年齢	歳	性別	男・女	WHO grade			
	病変部位				覚醒時間	時間	分	
	術者				助手			
	麻酔科医							
	手術名							
	モニタリング・マッピングの種類							
	(手術概要)							

4	診断名				手術日	年	月	日
	患者年齢	歳	性別	男・女	WHO grade			
	病変部位				覚醒時間	時間	分	
	術者				助手			
	麻酔科医							
	手術名							
	モニタリング・マッピングの種類							
	(手術概要)							

## 手術実績一覧

施設名：

5	診断名				手術日	年	月	日
	患者年齢	歳	性別	男・女	WHO grade			
	病変部位				覚醒時間	時間	分	
	術者				助手			
	麻酔科医							
	手術名							
	モニタリング・マッピングの種類							
	(手術概要)							

\*施設として、本手術に関して特にアピールしたい事項があれば、以下に記載してください。

--