**特定非営利活動法人 日本緩和医療学会**

**認定研修施設外研修用　診療施設概要書**

記載日　　　：　　　年　　月　　日（原則、申請日より１か月以内）

記載実績期間：　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日（原則、前年1月1日～12月31日）

総病床数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 　床

入院患者数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人/年(新規入院患者数) ※1

外来患者数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人/日

診療科数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科

総常勤医師数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人（記載日の人数）

総看護師数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人（記載日の人数）

がん診療連携拠点病院　　　　　　　　　　　　　　　　　□有　　　　　　　　□無

有の場合、ご選択下さい　（　都道府県がん診療連携拠点病院　・　地域がん診療連携拠点病院

地域がん診療病院　・　特定領域がん診療連携拠点病院　）

緩和ケア病棟　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□有（病床数　　床）□無

・「緩和ケア病棟入院料」届出受理　　　　　 　　　 □有 　　　　　　　 □無

有の場合、ご記載下さい　　　　　　　　人/年(新規入院患者数)※1

緩和ケア病床　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□有（病床数　　床）□無

有の場合、ご記載下さい　　　　　　　　人/年(新規入院患者数)※1

外来診療　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□有　　　　　　　　□無

有の場合、ご記載下さい　外来標榜名

緩和ケアチーム　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□有　　　　　　　　□無

有の場合、ご記載下さい※2

・年間の新規依頼患者数　　　　　　　人/年(新規入院患者数)※1

・「緩和ケア診療加算」届出受理　　　　　　　　　　　　□有　　　　　　　　□無

臨床研修病院の指定　　　　　　　　　　　　　　　　　　□有　　　　　　　　□無

日本看護協会資格認定制度

・がん看護専門看護師　　　　　　　　　　　　　　　　□有（　　）名　　　□無

・緩和ケア認定看護師 　　　　　　　　　　　　　　　□有（　　）名　　　□無

・がん性疼痛看護認定看護師　　　　　　　　　　　　　□有（　　）名　　　□無

・その他専門認定看護師　　　　　　　　　　　　　　　□有（　　）名　　　□無

日本医療薬学会認定　がん専門薬剤師　 　　　　　　 □有（　　）名　　　□無

日本緩和医療薬学会認定制度　緩和薬物療法認定薬剤師　 □有（　　）名　　　□無

その他認定薬剤師※（ご記載下さい　　　　　　　　　）　□有（　　）名　　　□無

※緩和医療に関連する資格のみ

日本ホスピス緩和ケア協会の正会員　　　　　　　　　　　□有　　　　　　　　□無

定期的な緩和ケアのカンファレンスの実施　　　　　　　　□有　　　　　　　　□無

24時間対応の訪問看護ステーションとの連携　　　　　　 □有　　　　　　　　□無

医療安全・医療倫理に関する委員会　　　　　　　　　　　□有　　　　　　　　□無

　無の場合はそれに代わる機能（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●診療所の場合、ご記載下さい

　・在宅療養支援診療所要件　　　　　　　　　　　　　　□有　　　　　　　　□無

　・訪問診療件数　　　　　　　　　　　　名/年（新規訪問診療患者数）

　・看取りの件数　　在宅　　　　　　　　人/年　　　　入院　　　　　　　　　人/年

**特定非営利活動法人 日本緩和医療学会**

**認定研修施設外研修用　診療施設概要書（補足書）**

「認定研修施設外研修用　診療施設概要書」にて、「緩和ケアチーム」を「無」を選択された場合には、人数欄に「0名」とのみ記入をし、提出して下さい。

【緩和ケアチームが「有」の場合、詳細をご記載下さい】

|  |  |
| --- | --- |
| 人数 | （合計　　　　名） |
| 構成(職種と勤務形態をご記載下さい) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務形態：専任・専従・兼任） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務形態：専任・専従・兼任） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務形態：専任・専従・兼任） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務形態：専任・専従・兼任） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務形態：専任・専従・兼任） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務形態：専任・専従・兼任） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務形態：専任・専従・兼任） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務形態：専任・専従・兼任） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務形態：専任・専従・兼任） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務形態：専任・専従・兼任） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務形態：専任・専従・兼任） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務形態：専任・専従・兼任） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務形態：専任・専従・兼任） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務形態：専任・専従・兼任） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務形態：専任・専従・兼任） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務形態：専任・専従・兼任） |

※医師の場合は「診療科」もご記載下さい。

※勤務形態は該当するものに丸を付けて下さい。

※同職種、同勤務形態の場合は「看護師●名」等、一行にご記載下さい。