

# 専門医認定申請書

年 月 日

(日付は西暦で英数は半角で記入してください)

私は日本脈管学会認定脈管専門医制度規則施行細則  
第3条に規定する専門医として認定を申請します。

写真貼付  
4×3cm  
撮影後3ヶ月以内  
正面、脱帽、  
上半身のものを  
貼付すること

申請者氏名

漢字

印

フリガナ

ローマ字

生年月日 年 月 日 (日付は西暦で英数は半角で記入してください)

現勤務施設名

所属

同上所在地 〒 - 都道府県名

TEL FAX

申請者E-Mail

自宅住所 〒 - 都道府県名

TEL

最終学歴 大学 年 月卒業

大学院 年 月修了

医籍登録年月日 年 月 日 医籍登録番号No.

### 基本領域学会専門医ないし認定医

基本領域学会名

取得日ないし最終更新日 年 月 日 認定番号

サブスペシャリティ学会専門医  有  無 ※どちらかチェックを入れて下さい

・心臓血管外科専門医 年 月 日 認定番号

・循環器専門医 年 月 日 認定番号

・放射線診断専門医 年 月 日 認定番号

日本脈管学会会員番号 No. ※非会員の方は記入不要です





## 脈管学に関する業績証明書

申請者氏名

印

※下記の1ないし2を満たすことと

1. 学会発表：学術集会で筆頭で3回以上  
抄録のコピーを必ず添付すること

	演 題 名	学術集会名	発表年月日
1			
2			
3			
4			
5			

2. 論文（査読制度のある雑誌）：筆頭論文2編以上  
別刷（コピー可）を必ず添付すること

	著者名	題 名	雑誌名	公刊年/巻/頁
1				
2				
3				
4				
5				

<b>診療カリキュラム表（臨床修練実績表）</b>
---------------------------

申請者氏名

印

修練責任者  
氏名

印

※過去6年間に下記診療カリキュラム表のうちで、検査法30症例、治療法と病態・疾病各論60症例以上（同一項目で集計は3例までとする）をご記入ください。

	検査法	症例数
身体所見	脈拍触診など	
血管機能検査	ABI/PWV	
	PVR	
	トレッドミル	
	NIRS(トレッドミル)	
	SPP	
	TcPO2	
	下肢容積脈波検査	
	サーモグラフィー	
	血管内皮機能検査	
超音波検査	頸動脈エコー	
	腹部血管エコー	
	下肢動脈エコー	
	下肢静脈エコー	
	経食道エコー	
血管造影	大動脈造影	
	下肢動脈造影	
	下肢静脈造影	
	MRアンギオ	
	CTアンギオ	
特殊検査	血管内視鏡	
	血管内エコー	
	計	

治療法		症例数
一般的治療	フットケア	
	生活習慣(禁煙・食事・運動など)指導	
	深部静脈血栓症ストッキング圧迫治療	
	下肢静脈瘤ストッキング圧迫治療	
理学療法	非監視下運動療法	
	監視下運動療法	
	大血管術後リハビリテーション	
	リンパ浮腫複合的理学療法	
薬物治療	抗血小板治療	
	抗凝固治療	
	血管拡張剤	
	血栓溶解剤	
	抗生物質	
	脂質代謝改善薬	
	降圧薬	
	糖尿病治療	
血管内治療	バルーン血管形成治療(含stent治療)	
	カテーテル血栓溶解治療	
	血栓吸引治療	
	血管塞栓術	
	下大静脈フィルター挿入術	
	頸動脈ステント治療術(CAS)	
	ステントグラフト内挿術	
	静脈瘤レーザー焼灼術	
外科的治療	透析用シャント作成術	
	カテーテル血栓除去術	
	筋膜切開術	
	バイパス術	
	血栓内膜摘除術	
	動脈瘤手術	
	頸動脈内膜摘除術(CEA)	
	静脈瘤ストリッピング	
	静脈血栓摘除術	
	交感神経遮断術	
下肢切断術		
特殊治療	血管新生治療	
病態・疾病各論		症例数
大動脈瘤	胸部大動脈瘤	
	胸腹部大動脈瘤	
	腹部大動脈腸骨動脈瘤	
	大動脈解離	
末梢動脈瘤	頸動脈瘤	
	上肢動脈瘤	
	大腿動脈瘤	
	膝窩動脈瘤	
	その他の動脈瘤	

内臓動脈瘤	腎動脈瘤	
	腹部内臓動脈瘤	
ASO	大動脈腸骨動脈領域	
	大腿膝窩動脈領域	
	下腿動脈領域	
TAO		
腸間膜動脈閉塞	慢性腸間膜動脈閉塞	
	急性腸間膜動脈閉塞	
	非閉塞性腸間膜虚血症	
腎血管性高血圧症		
頸動脈狭窄		
その他の動脈閉塞性疾患	膝窩動脈捕捉症候群	
	膝窩動脈外膜嚢腫	
	胸郭出口症候群	
その他の動脈疾患	糖尿病性足病変	
	透析アクセス用動静脈シャント	
	透析患者重症下肢虚血	
炎症性動脈疾患	高安動脈炎	
	Behcet病	
	側頭動脈炎	
	膠原病に伴う血管炎	
感染性疾患	感染性動脈瘤	
特殊な病態	吻合部動脈瘤	
	吻合部内膜肥厚	
	大動脈腸管瘻	
	大動脈気管瘻	
急性動脈閉塞	塞栓症	
	血栓症	
動脈外傷	頸部	
	胸部	
	腹部	
	四肢	
静脈血栓塞栓症	深部静脈血栓症	
	肺塞栓症	
	静脈血栓後症候群	
	腸間膜静脈血栓症	
下肢静脈瘤		
レイノー病・症候群		
リンパ浮腫	上肢	
	下肢	
先天性疾患	動静脈形成不全	
		計

※      は経験症例数指定疾患

診療経験症例報告書（代表3症例）

申請者氏名

印

修練責任者  
氏名

印

症例 1

症例 2

症例 3

## 脈管専門医審査推薦状

申請者	<input type="text"/>		
勤務先 施設名	<input type="text"/>		
所属	<input type="text"/>		
同上住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	都道府県名	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		

上記の者は医師としての人格及び見識を備えてお  
り、日本脈管学会認定脈管専門医の審査対象者とな  
ることを推薦します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日  
所属施設 \_\_\_\_\_  
脈管疾患関連診療責任者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
自筆署名、捺印のこと