年　　月　　日現在

**一般社団法人日本アフェレシス学会**

**認定施設概要説明書1**

更新申請施設名

1. 特定機能病院、総合病院、その他の施設（いずれか○をつける。）
2. 自立支援事業（更生医療）認定施設（腎機能障害）指定の有無------（有・無）
3. アフェレシス従事常勤医数　　（　　　　　）名

アフェレシス非従事常勤医数　（　　　　　）名

1. a. 特定機能病院、総合病院の標榜科：（　）内に○をつける。

　　　内科（　　）/外科（　　）/小児科（　　）/泌尿器科（　　）/眼科（　　）

　　　産婦人科（　　）/耳鼻咽喉科（　　）/整形外科（　　）/精神科（　　）

　　　皮膚科（　　）/麻酔科（　　）/脳外科（　　）/その他（　　）

　　b. その他の施設の標榜科：（　）内に○をつける。

　　　 内科（　　）/　小児科（　　）　/　　外科（　　）/　泌尿器科（　　）

その他（　　　　　　　　　　）

1. 総病床数　（　　　　　　　　　　）床
2. 設備
3. 臨床検査室　（　有　・　無　）

　　 緊急血液・生化学検査の可否---（可・否）　細菌学的検査の可否---（可・否）

　 　血液ガス分析の可否----------（可・否）　病理検査の可否------（可・否）

1. 図書室　　　（　有　・　無　）
2. 剖検室　　　（　有　・　無　）
3. 手術室　　　（　有　・　無　）
4. 画像診断設備：CTスキャナ　（有・無）　 MR装置　（有・無）

　　 超音波診断装置　（有・無）　 RI施設　（有・無）

　　 血管撮影装置　（有・無）　 通常の放射線撮影装置　（有・無）

1. 研究室　　　（　有　・　無　）
2. 講義室　　　（　有　・　無　）
3. 病歴室　　　（　有　・　無　）

年　　月　　日現在

**一般社団法人日本アフェレシス学会**

**認定施設概要説明書2**

更新申請施設名

1. アフェレシス治療に関する定期教育行事---実施しているものに○をつけ実施

　　回数を記入する。

　　（　　　）症例検討会　（　　　　　回/月）

　　（　　　）抄読会　　　（　　　　　回/月）

　　（　　　）死因検討会　（　　　　　回/月）

　　（　　　）その他　（　　　　　　　 　 ）（　　　　　回/月）

1. 他の学会等の認定施設指定等について

　　　日本内科学会の教育施設認定------------------------（　有　・　無　）

　　　日本外科学会の教育施設認定------------------------（　有　・　無　）

　　　日本小児科学会の教育施設認定----------------------（　有　・　無　）

1. 患者状況について
2. 年間アフェレシス実施件数　　　　　（　　　　　　　　　）　件
3. 年間アフェレシス症例数　　　　　　（　　　　　　　　　）　例
4. 血液浄化装置等について
5. HF（HDF）装置　　　　　 　　　（　　　　　　　　　）　台
6. プラスマフェレーシス用装置　　　　（　　　　　　　　　）　台

　　　　　　　　　　　 　　　詳細