

# 2022年度集中治療専門臨床工学技士認定申請

## 提出書類チェックシート

注:本チェックシートは申請書と合わせてご提出ください。その際、提出漏れがないか確認して□にチェックを入れてください。該当せず申請書を提出しない場合は「なし□」にチェックを入れてください。

(チェックシートはコピーでの提出可)

申請書作成の際は、「経験症例実績表・症例報告(記載様式) 記載要綱」・FAQをご確認ください。書類はクリップで留めてください(ホチキス留め不可)。

提出書類		チェック欄 □ or なし□にチェック	
正1部(全頁A4サイズ/片面印刷、クリップ留め)を指定の申請方法にて申請して下さい。			<input type="checkbox"/>
申請書の内訳			
申請書	I-i 履歴書 ※自筆署名も確認のこと	<input type="checkbox"/>	/
	I-ii 集中治療勤務証明書	<input type="checkbox"/>	
	II-i 学術業績: 学術論文	<input type="checkbox"/> or なし□	
	II-ii 学術業績: 学術集会発表	<input type="checkbox"/> or なし□	
	II-iii 学術業績: シンポジウム・ワークショップなどの講師	<input type="checkbox"/> or なし□	
	III 学術業績: 学会・セミナー出席	<input type="checkbox"/>	
	IV 学会発表の証明	<input type="checkbox"/> or なし□	
	V 学会・セミナー出席の証明	<input type="checkbox"/>	
	VI 経験症例実績表	<input type="checkbox"/>	
	VII 症例報告	<input type="checkbox"/>	
	VIII 「認定集中治療関連臨床工学技士」認定証の写(申請年度中に資格取得見込みの方は検定試験合格証明の写)	<input type="checkbox"/>	
	補 「書類審査料」振込済確認のコピー	<input type="checkbox"/> or なし□	
添付するもの	学術論文のコピー 1部(全頁A4サイズ/片面印刷、クリップ留め)		<input type="checkbox"/> or なし□

# 2022年度 集中治療専門臨床工学技士認定申請書

## I-i. 履歴書

申請年月日 2022年 月 日

写真  
(ここに貼り付ける)  
4cm×3cm  
3ヶ月以内撮影  
正面脱帽

フリガナ							性別
氏名	自筆署名						
生年月日/年齢	(西暦)	年	月	日	/	歳	印

フリガナ	〒						
現住所							
連絡先	TEL				E-mail		
フリガナ	〒					TEL	
勤務先所在地							
勤務先	病院名						
	所属					職名	
臨床工学技士免許	第				号	学術業績 総単位(30単位以上)	単位
日本集中治療医学会 会員	<input type="checkbox"/>	会員	<input type="checkbox"/>	非会員	会員番号(会員のみ)		
年 (西暦)	月	職歴 (最近5年間:古い順に記載してください)					
賞罰							

\* 記入欄不足の場合は、次頁「予備」に続けて記入してください



## I - ii . 集中治療勤務証明書

申請者氏名

- \* 下記管理料を算定する施設のある病院で5年以上常勤として勤務していれば専従・兼任は問わない。
- \* 経験症例実績表に記載する症例を経験した集中治療施設を必ず含めて、勤務証明書を作成すること。
- \* 以下の場合は次シート「予備」も使用し、それぞれの証明欄に押印をもらうこと。
  - ・経験症例実績表に記載する症例を経験した集中治療施設が2つ以上の場合
  - ・記載する勤務先が複数の病院に分かれる場合

## 集中治療勤務歴

病 院 名			
集中治療施設名			
算定管理料	<input type="checkbox"/> 特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/> 救命救急入院料	<input type="checkbox"/> 小児集中治療室管理料

↓4つ以上の期間にわたる場合は、次シート「予備」をご使用ください。

勤務実績(年月日)				勤務期間
自	(西暦)		至 (西暦)	年 月
自	(西暦)		至 (西暦)	年 月
自	(西暦)		至 (西暦)	年 月
勤務期間の合計				年 月

## 備考欄

--

上記の内容に、相違の無いことを証明します。 ※自筆署名と押印。

年 月 日 臨床工学部門 責任者 印 (必須)

※自筆署名と押印。

年 月 日 集中治療施設 責任者 印 (必須)

※病院長は署名の代わりにゴム印可。

年 月 日 病院長 公印 (必須)

## I - ii . 集中治療勤務証明書

申請者氏名

- \* 下記管理料を算定する施設のある病院で5年以上常勤として勤務していれば専従・兼任は問わない。
- \* 経験症例実績表に記載する症例を経験した集中治療施設を必ず含めて、勤務証明書を作成すること。
- \* 以下の場合は次シート「予備」も使用し、それぞれの証明欄に押印をもらうこと。
  - ・経験症例実績表に記載する症例を経験した集中治療施設が2つ以上の場合
  - ・記載する勤務先が複数の病院に分かれる場合

## 集中治療勤務歴

病 院 名			
集中治療施設名			
算定管理料	<input type="checkbox"/> 特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/> 救命救急入院料	<input type="checkbox"/> 小児集中治療室管理料

↓4つ以上の期間にわたる場合は、次シート「予備」をご使用ください。

勤務実績(年月日)				勤務期間
自	(西暦)		至 (西暦)	年 月
自	(西暦)		至 (西暦)	年 月
自	(西暦)		至 (西暦)	年 月
勤務期間の合計				年 月

## 備考欄

--

上記の内容に、相違の無いことを証明します。 ※自筆署名と押印。

年 月 日 臨床工学部門 責任者 印 (必須)

※自筆署名と押印。

年 月 日 集中治療施設 責任者 印 (必須)

※病院長は署名の代わりにゴム印可。

年 月 日 病院長 公印 (必須)

## I - ii . 集中治療勤務証明書

申請者氏名

- \* 下記管理料を算定する施設のある病院で5年以上常勤として勤務していれば専従・兼任は問わない。
- \* 経験症例実績表に記載する症例を経験した集中治療施設を必ず含めて、勤務証明書を作成すること。
- \* 以下の場合は次シート「予備」も使用し、それぞれの証明欄に押印をもらうこと。
  - ・経験症例実績表に記載する症例を経験した集中治療施設が2つ以上の場合
  - ・記載する勤務先が複数の病院に分かれる場合

## 集中治療勤務歴

病 院 名			
集中治療施設名			
算定管理料	<input type="checkbox"/> 特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/> 救命救急入院料	<input type="checkbox"/> 小児集中治療室管理料

↓4つ以上の期間にわたる場合は、次シート「予備」をご使用ください。

勤務実績(年月日)				勤務期間
自	(西暦)		至 (西暦)	年 月
自	(西暦)		至 (西暦)	年 月
自	(西暦)		至 (西暦)	年 月
勤務期間の合計				年 月

## 備考欄

--

上記の内容に、相違の無いことを証明します。 ※自筆署名と押印。

年 月 日 臨床工学部門 責任者 印 (必須)

※自筆署名と押印。

年 月 日 集中治療施設 責任者 印 (必須)

※病院長は署名の代わりにゴム印可。

年 月 日 病院長 公印 (必須)

## II-i. 学術業績:学術論文

\*学術業績に記載できる業績は、2017.4.1～2022.3.31までのものとする

- ① 過去5年間の集中治療に関する論文を記載すること(原著, 総説, 症例報告, 短報, Letter)
- ② 申請者が筆頭者である学術論文を先に記載すること
- ③ 著者名全員(申請者には下線を付す):題名. 掲載誌名. 年;巻(号):始頁—終頁 の順に記載すること
- ④ 論文のコピーを添付すること
- ⑤ 論文の記載には任意の番号をふり、コピーにも同番号をふること

### 1. 日本集中治療医学会および日本臨床工学技士会雑誌に掲載された論文など

筆頭者20単位、共同5単位

	単位

### 2. 日本集中治療医学会および日本臨床工学技士会雑誌に掲載された短報など

筆頭者15単位、共同2.5単位

	単位

### 3. 日本集中治療医学会が認める学術誌に掲載された論文、あるいは著書

筆頭者10単位、共同2.5単位

	単位

合計

0

単位

## II-ii. 学術業績:学術集会発表

\*学術業績に記載できる業績は、2017.4.1～2022.3.31までのものとする

- ① 過去5年間の集中治療に関する学術発表であること
- ② 申請者が筆頭である学会発表を先に記載すること
- ③ 演者名全員(発表時と同じ順序で記載する。発表者氏名の前には◎を付け、申請者氏名には下線を付す。) :題名, 学会名, 発表年月日 の順に記載すること
- ④ 任意の通し番号をふり、「IV学会発表の証明」の各抄録に同番号をふること

### 1. 日本集中治療医学会/日本臨床工学会の各学術集会、日韓合同集中治療会議での発表

筆頭発表15単位、共同発表5単位、座長・司会10単位

	単位

### 2. 日本集中治療医学会支部、地方ブロックおよび都道府県臨床工学会での発表

筆頭発表10単位、共同発表2.5単位、座長・司会10単位

	単位

### 3. 日本集中治療医学会が認める関連学会(細則別表2)の学術集会での発表

筆頭発表10単位、共同発表2.5単位、座長・司会5単位

	単位

合計 0 単位

## II-iii. 学術業績:シンポジウム・ワークショップなどの講師

\*学術業績に記載できる業績は、2017.4.1～2022.3.31までのものとする

※セミナーは、本学会・支部主催のセミナーで日本集中治療医学会のセミナーページに公開されているものとする。

1. 日本集中治療医学会・同支部会、日本臨床工学会(含む、地方ブロック、都道府県臨床工学会)主催のシンポジウム、ワークショップ、セミナーの講師、招請講演 (各15単位)

開催年月日			講演等名称	単位
年	月	日		
年	月	日		
年	月	日		
年	月	日		
年	月	日		

2. 日本集中治療医学会が認める関連学会(別紙2)学術集会の講師、招請講演 (各10単位)

開催年月日			関連学会名/講演等名称	単位
年	月	日		
年	月	日		
年	月	日		
年	月	日		
年	月	日		

合計 0 単位

Ⅲ. 学術業績:学会・セミナー出席 — 本学会学術集会または同支部学術集会に1回以上出席が必要 —

\*学術業績に記載できる業績は、2017.4.1～2022.3.31までのものとする

\*細則別表3参照

1. 日本集中治療医学会学術集会 (各10単位)

開催年月日		出席状況(✓を付す)	開催地
第45回学術集会	2018年2月21日～2月23日	<input type="checkbox"/> 出席	幕張
第46回学術集会	2019年3月1日～3月3日	<input type="checkbox"/> 出席	京都
第47回学術集会	2020年3月6日～3月8日	<input type="checkbox"/> 出席	オンライン
第48回学術集会	2021年2月12日～3月8日	<input type="checkbox"/> 出席	オンライン
第49回学術集会	2022年3月18日～3月20日	<input type="checkbox"/> 出席	オンライン

小計 0 単位

2. 日本集中治療医学会支部学術集会・本学会主催セミナー、日本臨床工学会・地方ブロックおよび都道府県臨床工学会学術集会 (各10単位)

開催年月日			会の名称	出席状況(✓)	開催地
年	月	日		<input type="checkbox"/> 出席	
	月	日		<input type="checkbox"/> 出席	
年	月	日		<input type="checkbox"/> 出席	
	月	日		<input type="checkbox"/> 出席	
年	月	日		<input type="checkbox"/> 出席	
	月	日		<input type="checkbox"/> 出席	
年	月	日		<input type="checkbox"/> 出席	
	月	日		<input type="checkbox"/> 出席	
年	月	日		<input type="checkbox"/> 出席	
	月	日		<input type="checkbox"/> 出席	

小計 0 単位

3. 日本集中治療医学会が指定する学会の学術集会(細則別表2) (各5単位)

開催年月日			会の名称	出席状況(✓)	開催地
年	月	日	学会	<input type="checkbox"/> 出席	
年	月	日	学会	<input type="checkbox"/> 出席	
年	月	日	学会	<input type="checkbox"/> 出席	
年	月	日	学会	<input type="checkbox"/> 出席	

小計 0 単位

合計 0 単位

## IV. 学会発表の証明

- \* 当該抄録部分を判読可能な程度にコピーし、抄録が重ならないように貼り付ける。(プログラムは認めないため、必ず抄録を貼付すること)
- \* 用紙が不足する場合は、本用紙をコピーして使用すること。
- \* 「II-ii 学術業績:学術集会発表」でつけた任意の通し番号をふること。

例. 配置場所や枚数は例であり、このとおりでなくてよい。見えやすいように適宜調整のこと。

\*\*\*  
タイトル  
氏名  
本文

---

---

---

---

---

---

---

---

\*\*\*  
タイトル  
氏名  
本文

---

---

---

---

---

---

---

---

\*\*\*  
タイトル  
氏名  
本文

---

---

---

---

---

---

---

---

\*\*\*  
タイトル  
氏名  
本文

---

---

---

---

---

---

---

---

\*\*\*  
タイトル  
氏名  
本文

---

---

---

---

---

---

---

---

\*\*\*  
タイトル  
氏名  
本文

---

---

---

---

---

---

---

---

## V. 学会・セミナー出席の証明

\* 出席証明書を判読可能な程度にコピーし、証明書が重ならないように貼り付ける。

\* 用紙が不足する場合は、本用紙をコピーして使用すること。

例. 配置場所や枚数は例であり、このとおりでなくてよい。見えやすいように適宜調整のこと。

出席証明書

---

---

---

出席証明書

---

---

---

出席証明書

---

---

---

出席証明書

---

---

---





## VII. 症例報告（記載様式）

※記載に際しては「経験症例実績表・症例報告（記載様式）記載要綱」及び記載例を参照。

※文字数はc)とd)で合計600文字程度とする(ワードなどで確認すること)。

(1)人工呼吸		患者番号	
a) 管理区分	<input type="checkbox"/> 侵襲的陽圧換気	<input type="checkbox"/> ECMO	使用機器：
b) 患者基本情報(年齢、性別、身長、体重、病名、既往歴など)			
c) 臨床経過と問題点			
d) 当該症例に対して、管理の工夫やチーム医療として関わった内容（アセスメントや処置及び結果など）			

(2)人工呼吸		患者番号	
a) 管理区分	<input type="checkbox"/> 侵襲的陽圧換気	<input type="checkbox"/> ECMO	使用機器：
b) 患者基本情報(年齢、性別、身長、体重、病名、既往歴など)			
c) 臨床経過と問題点			
d) 当該症例に対して、管理の工夫やチーム医療として関わった内容（アセスメントや処置及び結果など）			

(3) 血液浄化		患者番号	
a) 機器区分	<input type="checkbox"/> 持続的腎代替療法	使用機器：	
b) 患者基本情報(年齢、性別、身長、体重、病名、既往歴など)			
c) 臨床経過と問題点			
d) 当該症例に対して、管理の工夫やチーム医療として関わった内容 (アセスメントや処置及び結果など)			

(4) 血液浄化		患者番号	
a) 機器区分	<input type="checkbox"/> 持続的腎代替療法	使用機器：	
b) 患者基本情報(年齢、性別、身長、体重、病名、既往歴など)			
c) 臨床経過と問題点			
d) 当該症例に対して、管理の工夫やチーム医療として関わった内容 (アセスメントや処置及び結果など)			

## VII. 症例報告(記載例) 本記載例は提出不要です。

※記載に際しては「経験症例実績表・症例報告(記載様式) 記載要綱」を参照。

※文字数はc)とd)で合計600文字程度とする(ワードなどで確認すること)。

(1)人工呼吸		患者番号	1
a) 管理区分	<input checked="" type="checkbox"/> 侵襲的陽圧換気	<input type="checkbox"/> ECMO	使用機器：(人工呼吸器の具体的な機種名)
b) 患者基本情報(年齢、性別、身長、体重、診断名、既往歴など)			
年齢：70歳代 性別：男性 身長：170 cm 体重：65 kg 診断名：腹部大動脈瘤破裂、既往歴：陳旧性心筋梗塞、慢性肺気腫			
c) 臨床経過と問題点			
<p>腹部不快感、全身脱力感を主訴に救急要請し当院救命救急センターを受診した。腹部CT検査にて腹部大動脈瘤と診断され人工血管置換術を施行した。出血量は15,000mlであった。術後ICUに入室した。入室時の血液ガスはpH7.124、PaCO<sub>2</sub>29.5mmHg、PaO<sub>2</sub>115mmHg、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>—29.7mmol/Lであり呼吸性アシドーシスおよび代謝性アルカローシスを呈していた。人工呼吸器設定はPC-AC 吸気圧15cmH<sub>2</sub>O、PEEP5cmH<sub>2</sub>O、換気回数15回/分、FIO<sub>2</sub>0.6であった。担当医により吸気圧および換気回数を増加していたが、1回換気量の増加は得られなかった。また収縮期圧が56mmHgと低血圧が遷延していた。</p>			
d) 当該症例に対して、管理の工夫やチーム医療として関わった内容 (アセスメントや処置及び結果など)			
<p>グラフィック波形上呼気延長が認められ、Auto-PEEPが示唆されていた。また強い吸気努力が認められていた。そこで呼吸管理上の問題点をCOPD急性増悪からの気道抵抗の増加であると考えた。そこで、内因性PEEPを測定し、これをもとにPEEPを調整することについて医師に提案した。内因性PEEPは10.7cmH<sub>2</sub>Oであったことから、CounterPEEPとして、PEEPを12cmH<sub>2</sub>Oに設定した。遷延する低血圧は酸塩基異常が原因と考え、呼吸性アシドーシスの改善を図ることを提案した。PEEP調整にて1回換気量が60ml増加し次第にPaCO<sub>2</sub>が低下するようになった。これにより酸塩基が改善し始め血圧が上昇してきた。その後全身状態の安定化が得られたことから、早期抜管を目指し、換気補助はNPPVに移行することを提案し第5病日に抜管、NPPVに以降した。第7病日にICUを退室し一般病棟に転棟した。</p>			
(2)人工呼吸		患者番号	
a) 管理区分	<input type="checkbox"/> 侵襲的陽圧換気	<input type="checkbox"/> ECMO	使用機器：
b) 患者基本情報(年齢、性別、身長、体重、診断名、既往歴など)			
c) 臨床経過と問題点			
d) 当該症例に対して、管理の工夫やチーム医療として関わった内容 (アセスメントや処置及び結果など)			

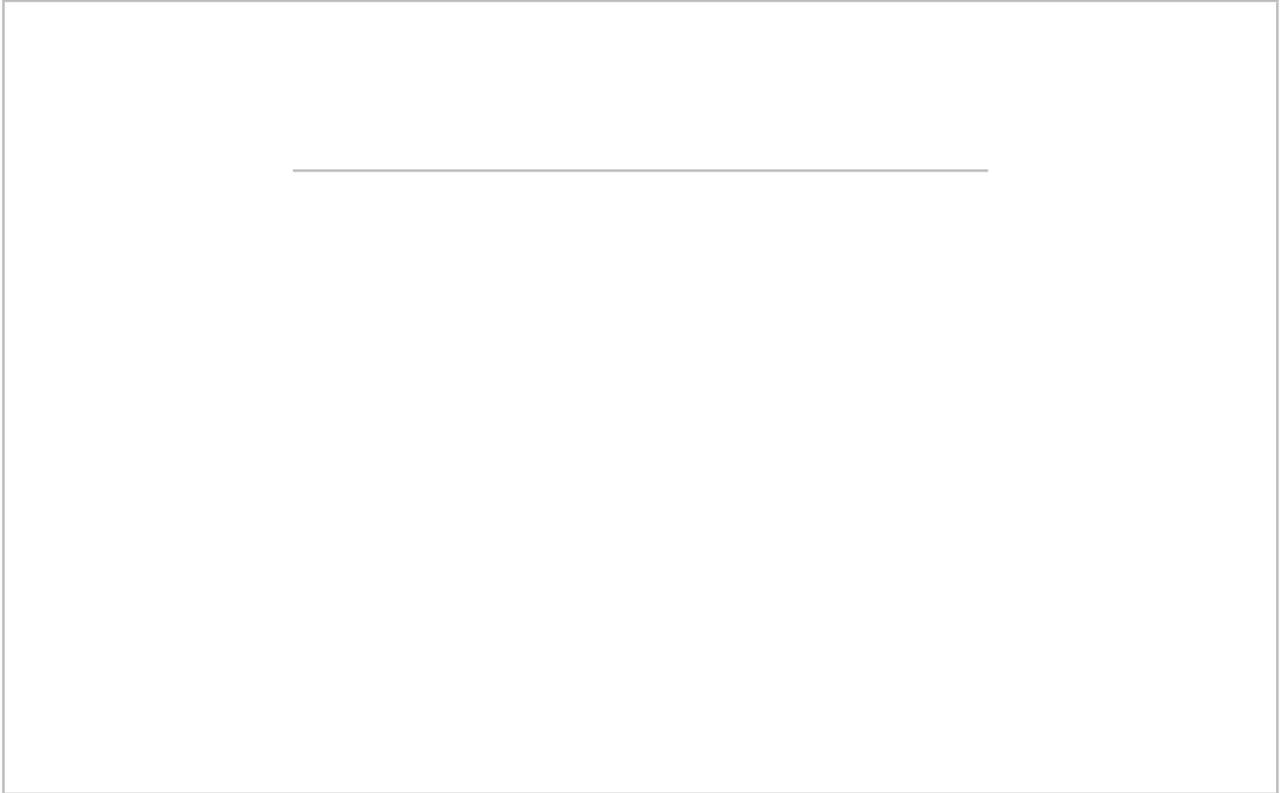
(3) 血液浄化		患者番号	
a) 機器区分	<input type="checkbox"/> 持続的腎代替療法	使用機器：	
b) 患者基本情報(年齢、性別、身長、体重、診断名、既往歴など)			
c) 臨床経過と問題点			
d) 当該症例に対して、管理の工夫やチーム医療として関わった内容 (アセスメントや処置及び結果など)			

(4) 血液浄化		患者番号	
a) 機器区分	<input type="checkbox"/> 持続的腎代替療法	使用機器：	
b) 患者基本情報(年齢、性別、身長、体重、診断名、既往歴など)			
c) 臨床経過と問題点			
d) 当該症例に対して、管理の工夫やチーム医療として関わった内容 (アセスメントや処置及び結果など)			

## VIII.「認定集中治療関連臨床工学技士」認定証の写

(申請年度中に資格取得見込みの方は検定試験合格証明の写)

日本臨床工学技士会が認定する有効期限内の「認定集中治療関連臨床工学技士」認定証の写を以下に貼り付けること。(認定予定者は認定集中治療関連検定試験合格証の写を貼り付けること)



## 補.「書類審査料」の指定銀行口座宛振込済を確認できる書類写

- ※ 集中治療専門臨床工学技士申請/「書類審査料」¥11,000.-を日本集中治療医学会の同指定銀行口座宛振込(必ず申請者本人カナ名義にて振込。振込手数料は申請者負担)したことを確認できる書類の写を以下に貼り付けること。

---