2024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　2024 年 5 月 1 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	シュウチュウ　タロウ		性別
氏　名	自筆署名　集中　太郎		男
生年月日／年齢	（西暦）　1989　年　1　月　1　日　／　35　歳		

フリガナ	○○ケン▲▲シ□□チョウ			
現住所	〒　000-0000 ●●県△△市■■町×－××－××			
	※事務局からの郵便物が届くよう、ビル名・部屋番号がある場合は記載してください。転居の際はご一報ください。			
連絡先	TEL 000-0000-0000	E-mail aaaa.aaaa@jsicm.org		
	※日中に連絡が付く番号を記載してください。	※迷惑メール対策を設定している場合は「@jsicm.org」からのメールを受信できるようにドメイン指定受信の追加登録をしてください。		
フリガナ	○○ケン▲▲シ□□チョウ			
勤務先所在地	〒　000-0000 ●●県△△市■■町×－××－××		TEL	000-0000-0000
勤務先	病院名	◆◆◆◆◆病院		
	所属	臨床工学部	職名	臨床工学技士
臨床工学技士免許	第　XXXXX　号	学術業績 総単位（30単位以上）	30　単位	
日本集中治療医学会　会員	☑ 会員	□ 非会員	会員番号（会員のみ）	XXXXXX

年（西暦）	月	職　歴　（最近5年間：古い順に記載してください）
XXXX	3	▼▼▼▼▼センター　退職
XXXX	4	●●●病院　入職
		現在に至る
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	集中 太郎

＊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・専任は問わない**
＊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	▼▼▼▼▼センター
集中治療施設名	集中治療室

症例が複数のICUに跨る場合、証明書は別々に1枚ずつ必要になります。
算定管理料ごとに勤務証明書を作成してください。

算定管理料	☑ 特定集中治療室管理料	☐ 救命救急入院料	☐ 小児特定集中治療室管理料

↓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）	2011年4月1日	至	（西暦） 2016年3月31日	5 年 0 ヶ月
自	（西暦）		至	（西暦）	年 ヶ月
自	（西暦）		至	（西暦）	年 ヶ月
				勤務期間の合計	5 年 0 ヶ月

備考欄

上記の内容に、相違の無いことを証明します。

2024 年 ● 月 ● 日	臨床工学部門 **責任者**	※自筆署名と押印 高橋 〇〇	高橋 （必須）
2024 年 ● 月 ● 日	集中治療施設 **責任者**	※自筆署名と押印 田中 〇〇	田中 （必須）
2024 年 ● 月 ● 日	**病院長**	※病院長は署名の代わりにゴム印可 渡辺 〇〇	▼▼▼▼センター 公印 （必須）

Ⅰ－ⅱ．集中治療勤務証明書

申請者氏名	集中 太郎

＊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・専任は問わない**
＊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	●●●病院
集中治療施設名	集中治療室

症例が複数のICUに跨る場合、証明書は別々に1枚ずつ必要になります。
算定管理料ごとに勤務証明書を作成してください。

算定管理料	☑ 特定集中治療室管理料	☐ 救命救急入院料	☐ 小児特定集中治療室管理料

↓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）	2016年4月1日	至	（西暦） 2019年3月31日	3 年 0ヶ月
自	（西暦）		至	（西暦）	年 ヶ月
自	（西暦）		至	（西暦）	年 ヶ月
				勤務期間の合計	3 年 0ヶ月

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

2024 年 ● 月 ● 日	臨床工学部門 **責任者**	鈴木 〇〇	鈴木	（必須）
2024 年 ● 月 ● 日	集中治療施設 **責任者**	山本 〇〇	山本	（必須）
2024 年 ● 月 ● 日	**病院長**	病院長 佐藤 〇〇	病院	（必須）

Ⅰ－ⅱ．集中治療勤務証明書

申請者氏名	集中 太郎

＊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・専任は問わない**
＊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	●●●病院
集中治療施設名	救命救急センター

症例が複数のICUに跨る場合、証明書は別々に1枚ずつ必要になります。
算定管理料ごとに勤務証明書を作成してください。

算定管理料	☐ 特定集中治療室管理料	☑ 救命救急入院料	☐ 小児特定集中治療室管理料

↓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）	2019年4月1日	至	（西暦） 2024年3月31日	5 年 0ヶ月
自	（西暦）		至	（西暦）	年 ヶ月
自	（西暦）		至	（西暦）	年 ヶ月
				勤務期間の合計	5 年 0ヶ月

備考欄

上記の内容に、相違の無いことを証明します。

2024 年 ● 月 ● 日	臨床工学部門 **責任者**	※自筆署名と押印 鈴木 〇〇 鈴木	（必須）
2024 年 ● 月 ● 日	集中治療施設 **責任者**	※自筆署名と押印 伊藤 〇〇 伊藤	（必須）
2024 年 ● 月 ● 日	**病院長**	※病院長は署名の代わりにゴム印可 病院長 佐藤 〇〇 病院	（必須）

Ⅳ. 経験症例実績表

※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

＊ICU入室症例の実績、なおかつ申請年の3月31日までの実績を記載すること

1 人工呼吸10例（侵襲的陽圧換気8例以上、その他はECMOまたはNPPV症例も可）

	患者番号	年齢	性別	侵襲的陽圧換気 ECMO NPPV	病名	年月日（西暦）	病院名	集中治療施設名 例：集中治療部、CCU 等	集中治療科専門医名または施設長名印（必須）
1	1	56	男性	NPPV	＊＊＊＊＊	2016/7/15	●●●病院	集中治療室	山本 ○○ 山本
2	2	9ヶ月	女性	侵襲的陽圧換気	＊＊＊＊＊	2016/8/1	●●●病院	集中治療室	山本 ○○ 山本
3	3	55	女性	侵襲的陽圧換気	＊＊＊＊＊	2017/2/7	●●●病院	集中治療室	山本 ○○ 山本
4	4	40	女性	侵襲的陽圧換気	＊＊＊＊＊	2018/9/25	●●●病院	集中治療室	山本 ○○ 山本
5	5	50	男性	侵襲的陽圧換気	＊＊＊＊＊	2018/10/16	●●●病院	集中治療室	山本 ○○ 山本
6	6	60	女性	侵襲的陽圧換気	＊＊＊＊＊	2019/2/11	●●●病院	集中治療室	山本 ○○ 山本
7	7	49	男性	侵襲的陽圧換気	＊＊＊＊＊	2019/6/13	●●●病院	集中治療室	山本 ○○ 山本
8	8	72	男性	侵襲的陽圧換気	＊＊＊＊＊	2020/5/20	●●●病院	救命救急センター	伊藤 ○○ 伊藤
9	9	52	女性	ECMO	＊＊＊＊＊	2020/8/7	●●●病院	救命救急センター	伊藤 ○○ 伊藤
10	10	45	女性	ECMO	＊＊＊＊＊	2022/11/30	●●●病院	救命救急センター	伊藤 ○○ 伊藤
予備	11	77	女性	侵襲的陽圧換気	＊＊＊＊＊	2019/1/16	●●●病院	集中治療室	山本 ○○ 山本
予備									印

2 血液浄化10例（持続的腎代替療法5例以上、その他は間歇的腎代替療法、アフェレシス療法でも可）

	患者番号	年齢	性別	CRRT IRRT アフェレシス	病名	年月日（西暦）	病院名	集中治療施設名 例：集中治療部、CCU 等	集中治療科専門医名または施設長名印（必須）
1	13	87	女性	CRRT	＊＊＊＊＊	2017/4/5	●●●病院	集中治療室	山本 ○○ 山本
2	14	65	男性	CRRT	＊＊＊＊＊	2017/4/15	●●●病院	集中治療室	山本 ○○ 山本
3	15	43	男性	CRRT	＊＊＊＊＊	2017/5/20	●●●病院	集中治療室	山本 ○○ 山本
4	16	24	女性	CRRT	＊＊＊＊＊	2017/7/15	●●●病院	集中治療室	山本 ○○ 山本
5	17	37	女性	IRRT	＊＊＊＊＊	2017/12/5	●●●病院	集中治療室	山本 ○○ 山本
6	18	66	男性	アフェレシス	＊＊＊＊＊	2018/2/6	●●●病院	集中治療室	山本 ○○ 山本
7	19	10	男性	CRRT	＊＊＊＊＊	2018/3/7	●●●病院	集中治療室	山本 ○○ 山本
8	20	15	女性	CRRT	＊＊＊＊＊	2019/1/8	●●●病院	集中治療室	山本 ○○ 山本
9	21	22	女性	IRRT	＊＊＊＊＊	2019/2/19	●●●病院	集中治療室	山本 ○○ 山本
10	22	29	男性	アフェレシス	＊＊＊＊＊	2019/3/5	●●●病院	集中治療室	山本 ○○ 山本
予備	23	35	男性	アフェレシス	＊＊＊＊＊	2019/1/21	●●●病院	集中治療室	山本 ○○ 山本
予備									印

Ⅴ．症例報告(記載例)

※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	8
a）管理区分	☑ 侵襲的陽圧換気	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			
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、PaCO294.5mmHg、PaO2115mmHg、HCO3—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15cmH2O、PEEP5cmH2O、換気回数15回/分、FIO20.6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。			
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)			
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10.7cmH2Oであったことから、CounterPEEPとして、PEEPを12cmH2O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PaCO2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。			

(2)人工呼吸		患者番号	
a）管理区分	☐ 侵襲的陽圧換気	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)			