

日本睡眠学会の学会認定を申請した医療機関の視察結果の報告書（その1）

〔医療機関の視察・判定は2名の委員が担当することになっています。担当委員間で判定と意見が異なることがあると考えられます。したがって、各委員は別個に報告書を作成・提出してください〕

学会認定を申請した医療機関	住所（都道府県名より）				
	名称		病院長および診療部長の氏名		
	睡眠医療を担当する診療科と診療部門の名称				
〔該当あるいは希望事項を○印で囲む〕	医療機関側が希望する学会認定の区分 〔A型・B型〕		診療科長の氏名		
当該医療機関に勤務する ・学会認定医 ・学会認定歯科医 ・学会認定検査技師 (※)	学会認定証の名称・番号	氏名	職名	常勤・非常勤の別 (非常勤は週何日と記入)	
その他の医療従事者 (※)	/				

(※) 印の欄は、申請書と比較して、内容が変更になっている場合に、変更になっている部分についてのみ記入してください。

当該医療機関〔診療科・診療所〕が密接な連携を保っている他の診療科あるいは医療機関（該当するものを○印で囲むこと）	内科〔循環器内科、呼吸器内科、消化器内科、内分泌・代謝内科、神経内科、老年内科〕 皮膚科、泌尿器科、小児科、精神科、神経科、耳鼻咽喉科、レントゲン科、眼科、歯科 産婦人科、整形外科、形成外科、脳神経外科、臨床検査部門または臨床検査機関 その他（他の医療機関名を含めて具体的に記入して下さい）				
当該医療機関で睡眠医療に利用できる病床の有無と病床数	有・無	病床数			
睡眠ポリグラフ検査室の有無と整備状況（該当するものを○印で囲む）	有・無	室数	1室の広さ		
	電気的雑音遮断能（良・不十分なるも可・不良）、温度調節能（良・不十分なるも可・不良） 外部雑音遮断能（良・不十分なるも可・不良）、照明調節能（良・不十分なるも可・不良） 検査室内外の全般的状態：快適さ、美しさ、衛生面など（良・不十分なるも可・不良）				
睡眠ポリグラフ検査に用いる機器、台数と製造会社名	ポリグラフ計				
	データー・レコーダー				
	データー・ファイリングシステム				
	パルス・オキシメーター				
	食道内圧記録システム				
	動脈血ガスおよび呼気ガス CO2 測定器機				
	体動・体位等のビデオ観察・記録システム				
その他（CPAP 装置および睡眠・覚醒リズム測定用記録器機を含む）					
睡眠ポリグラフ検査に記録できる生体現象の種類と記録方式（記録できるものを○印で囲む）	脳波、電気眼球図、オトガイ筋の筋電図、前脛骨筋の筋電図、心電図、呼吸音（いびき音） 呼吸曲線（サーミスター方式、圧センサー方式、その他の方式） 呼吸運動曲線（記録方式）、経皮的酸素飽和度 食道内圧（記録方式）、血圧（記録方式） 体動・体位等のビデオ観察・記録、体温（深部体温、皮膚温） その他（睡眠・覚醒リズム測定用運動記録を含む）				

日本睡眠学会の学会認定を申請した医療機関の視察結果の報告書（その2）

睡眠ポリグラフ検査の実施担当者、記録判読者、数値的成績のカルテ記録および紹介医・患者への報告・説明時期 (該当事項を○印で囲む)	検査実施担当者	学会認定医、学会認定歯科医、学会認定検査技師 学会認定を受けていない医師、歯科医師、臨床検査技師、看護師
	検査記録の判読者	学会認定医、学会認定歯科医、学会認定検査技師 学会認定を受けていない医師、歯科医師、臨床検査技師、看護師
	検査結果の数値的成績のカルテ記録	十分、やや不十分、不十分、きわめて不十分、皆無
	数値的成績を含む検査結果の紹介医への報告時期	検査終了より1週間以内、1～2週間後、2週間以後
	数値的成績を含む検査結果の患者への説明時期	検査終了より1週間以内、1～2週間後、2週間以後

過去1年間の睡眠ポリグラフ検査症例数 () 例

診療の対象としている主な睡眠障害（過去1年間の症例数）と治療法 (該当するものを○印で囲み、その他は具体的に記入する)	不眠症 () 例 →薬物療法、睡眠衛生の教育、認知・行動療法、その他 ()
	ナルコレプシー () 例 →薬物療法:リタリン、ベタナミン、その他 ()
	特発性過眠症 () 例 →薬物療法:リタリン、ベタナミン、その他 ()
	睡眠時無呼吸症候群 () 例 →CPAP、口腔内装置、臥床時の体位に関する指導 体重減量、甲状腺ホルモン補充療法、扁桃腺切除術、UPPP 気管瘻形成術、その他 ()
	上気道抵抗症候群 () 例 →CPAP、耳鼻咽喉科的手術、 その他 ()
	周期性四肢運動障害 () 例 →薬物療法:L-DOPA、クロナゼパム、 その他 ()
	Restless legs 症候群 () 例 →薬物療法:L-DOPA、鉄剤、クロナゼパム、 その他 ()
	睡眠時随伴症 () 例 →薬物療法、その他 ()
	概日リズム障害 () 例 →高照度光療法、メラトニン療法、ビタミンB12、睡眠薬 その他 ()
	内科的疾患に伴う睡眠障害と治療法 () 例 ()
小児の睡眠障害（睡眠呼吸障害を含む）と治療法 () 例 ()	
その他の睡眠障害と治療法 () 例 ()	

医療機関視察の年月日 西暦 年 月 日 視察医療機関側の対応者の職名()
以下の判定の年月日 西暦 年 月 日 氏名 ()

学会認定の区分に関する判定 A型 B型 判定の主な理由
(妥当と判定される区分を○印で囲む)

学会認定に関する適格性の判定 適格 その主な理由
(判定結果を○印で囲み、

判定理由および改善すべき事項等を記入する) 改善すれば適格 改善すべき事項
保留 その主な理由
不適格 その主な理由

視察・判定の担当者 [該当する役職名を○印で囲む] 所属
理事、評議員、睡眠医療・認定委員会の委員 氏名 印