

学会認定（認定更新）を申請するための書類作成に関する説明と書式

—日本睡眠学会専門医、日本睡眠学会歯科専門医、日本睡眠学会認定検査技師、日本睡眠学会専門医療機関、日本睡眠学会登録医療機関（定期報告書を含む）の申請について—

- ◎申請の時期および認定にかかわる試験の日時等については、日本睡眠学会ホームページ等によって全学会員あるいは各申請者に知らせる。
- ◎日本睡眠学会認定申請書および日本睡眠学会専門医療機関、日本睡眠学会登録医療機関の定期報告書は、A4版の用紙を用い、添付した書式【様式1～8】に従って作成すること。
【様式1～8】のうち必要なものをコピーして使用するのがよい。
- ◎日本睡眠学会専門医、日本睡眠学会歯科専門医および日本睡眠学会認定検査技師の申請に必要とする履歴書には、それぞれの認定に関する資格条件である医師、歯科医師、臨床検査技師、看護師等の免許証のコピーを添付すること。
- ◎上記の学会認定および認定更新を申請するための履歴書には、日本睡眠学会等による研修会の終了証のコピーおよび日本睡眠学会および関連する国際睡眠学会の定期学術集会の参加証のコピーを添付すること。ただし、認定更新の場合は、過去5年間のものだけに限ること。
- ◎日本睡眠学会専門医療機関、日本睡眠学会登録医療機関を申請する書類には、その医療機関で診療に従事する日本睡眠学会専門医、日本睡眠学会歯科専門医、日本睡眠学会認定検査技師等の学会認定証のコピーを添付すること。
- ◎学会認定の申請時には、その申請書類と共に、規約の附則に定められた申請料および認定証の交付料を指定された銀行口座〔三菱UFJ銀行 青山通支店 普通 口座番号：0002139 口座名義：ニホンスイミンガツカイ スイミンイリョウニンテイイインカイ〕へ前もって払い込み、その送金を示す受領証のコピーを申請書類に添付すること。なお、何らかの理由で認定証が交付されない場合は、申請者の申し出に基づき、認定証の交付料を返却する。
- ◎学会認定の申請書および日本睡眠学会専門医療機関、日本睡眠学会登録医療機関の定期報告書は、必要とする書類と共に、**日本睡眠学会 睡眠医療・認定委員会宛（住所〒102-0075 東京都千代田区三番町2 三番町KSビル ㈱コンベンションリンクージ内）**に郵送すること。
- ◎日本睡眠学会専門医療機関を申請した医療機関を視察する日時は、その認定を担当する学会専門医療機関認定委員会から申請した医療機関に前もって連絡する。
- ◎認定委員会の審査結果は、認定委員会より各申請者あるいは申請医療機関に直接連絡すると共に、学会認定がなされた場合には、日本睡眠学会の理事長より認定証を交付する。また、認定の結果は申請者に通知し、その他ホームページによって公表する。

【様式 1】

| | |
|-----------|-------------|
| 受験番号兼申請番号 | 医・歯・技・機関・登録 |
|-----------|-------------|

(この上の欄には記入しないで下さい)

西暦 年 月 日

日本睡眠学会 睡眠医療・認定委員会 殿

申請者 医療機関 住所

名称および診療科名

氏名

印

日本睡眠学会専門医、日本睡眠学会歯科専門医、日本睡眠学会認定検査技師、日本睡眠学会専門医療機関、日本睡眠学会登録医療機関の認定および認定更新の申請、あるいは、日本睡眠学会専門医療機関および日本睡眠学会登録医療機関の認定継続を求める定期報告 (該当する事項を○印で囲むこと)

標記の件につき、下記の所定の関係書類を添えて申請します。

記

本申請書あるいは報告書に添付すべき関係書類を以下に示します。

1. 日本睡眠学会専門医および日本睡眠学会歯科専門医
【様式 1】【様式 2】【様式 3 の 1、3 の 2】
【様式 4 の 1、4 の 2、4 の 3、4 の 4】【様式 5】【様式 6】
認定更新の場合：【様式 1】【様式 2】【様式 3 の 1、3 の 2】
2. 日本睡眠学会認定検査技師
【様式 1】【様式 2】【様式 3 の 1、3 の 2】
【様式 4 の 1、4 の 2、4 の 3、4 の 4】【様式 7】
認定更新の場合：【様式 1】【様式 2】【様式 3 の 1、3 の 2】
3. 日本睡眠学会専門医療機関および日本睡眠学会登録医療機関
新規申請の場合：【様式 1】【様式 2】【様式 8 の 1、8 の 2、8 の 3】
定期報告書の場合：【様式 1】【様式 8 の 1、8 の 2、8 の 3】
認定更新の場合：【様式 1】【様式 2】【様式 8 の 1、8 の 2、8 の 3】

【様式2】（注1）

| | |
|---|--|
| <p>写真貼付欄 正面・脱帽・上半身 4.5×3.5 cm (写真の裏面には必ず氏名を書くこと) (注2)</p> | <h2>受験証兼申請受領証</h2> |
| | 医療機関 住所 名称 |
| | 申請者氏名 _____ 殿 |
| | <p>貴殿より日本睡眠学会専門医・日本睡眠学会歯科専門医・日本睡眠学会認定検査技師・日本睡眠学会専門医療機関・日本睡眠学会登録医療機関を申請する書類を受け取りました。（該当する事項を○印で囲むこと）。</p> |
| | <p>受験番号 兼 申請番号は 医・歯・技・機関・登録 です。 (この欄には記入しないで下さい)</p> |
| 西暦 | 年 月 日 |
| | 日本睡眠学会 睡眠医療認定委員会 |

(注1) 日本睡眠学会専門医、日本睡眠学会歯科専門医あるいは日本睡眠学会認定検査技師を申請し、筆記試験および実地試験を受ける方は、この受験証を試験会場に持参して下さい。

(注2) 認定更新の申請をされる方、および、日本睡眠学会専門医療機関・日本睡眠学会登録医療機関の申請をされる方は、写真を貼付する必要はありません。

日本睡眠学会の認定（認定更新）を申請するための履歴書

【様式3の1】

| | | | | |
|---------------------------------|---|----------|-------------|--|
| 受験番号兼申請番号 | 医・歯・技 | | | 写真貼付欄 正面・脱帽・上半身 4.5×3.5 cm （写真の裏面には必ず氏名を書くこと） |
| （この上の欄には記入しないで下さい） 西暦 年 月 日 | | | | |
| (フリガナ) | | | | |
| 氏名 | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日生 歳 | 性別 | 1. 男 2. 女 | |
| 医療機関 住 所 | 〒 | | | |
| 電 話 | | F A X | | E-mail |
| 名 称 診療科名 | | | 役職名 | |
| 自 宅 住 所 | 〒 | | | 連絡先 |
| | | | | 1. 自宅 2. 勤務先 |
| 電 話 | | F A X | | E-mail |
| 最終学歴 | 出身校： 年 月 卒業 | | 日本睡眠学会入会年月日 | |
| 学 歴 | 博士・修士： 年 月 大学にて取得 | | 年 月 日入会 | |
| 医師・歯科 医師・看護 師等の資格 (注1) | 医師・歯科医師・臨床検査技師・看護師 等のいずれかを○印で囲むこと。 資格取得 年 月 日 | 登録番号 | 日本睡眠学会の会員番号 | |
| | | 第 号 | 第 号 | |
| 日本睡眠学会および他学会の認定資格等の名称（注2） | | 認定番号 | 取得年月日（西暦年） | |
| 日本睡眠学会等による研修会の名称（注3） | | 修了年（西暦年） | 開催地 | |
| 日本睡眠学会および国際睡眠学会の定期学術集会（注4） | | 参加年（西暦年） | 開催地 | |

【様式3の2】

| | | |
|--|-------------------|-------|
| 職歴 (西暦年) | 勤務期間 (注5) | 勤務先 |
| | 年 月～ 年 月まで | |
| 睡眠障害に 関する 医療経験 および 研修経験 (西暦年) | 睡眠障害の医療や研修に従事した期間 | 医療機関名 |
| | 年 月～ 年 月まで | |

(注1) 該当する資格を示す免許証のコピーを添付すること。

(注2) 日本睡眠学会が認定する資格を有する場合、あるいは、日本臨床病理技師資格認定(神経生理学一級・二級)あるいはアメリカ睡眠学会等の外国の睡眠学会が認定する睡眠ポリグラフ検査技師の資格を有する場合には、そのことを記入すること。

(注3) 日本睡眠学会が行う研修会(睡眠医療・技術セミナー、日本睡眠学会が後援する研修会を含む)の終了証のコピーを添付すること。

(注4) 日本睡眠学会および関連する国際睡眠学会の定期学術集会に参加したことを示す参加証のコピーを添付すること。

(注5) 日本睡眠学会認定検査技師の申請をする場合には、この欄に一般脳波検査に従事した期間を含めて記入し、その右側の欄に該当する医療機関名を記入した後に(一般脳波検査)と附記して下さい。

(注6) 【様式3の1】と【様式3の2】をまとめて左上隅をホッチキスで綴じて下さい。

【様式4の1】

| | |
|-----------|-------|
| 受験番号兼申請番号 | 医・歯・技 |
|-----------|-------|

(この上の欄には記入しないで下さい) 西暦 年 月 日

異なる種類の睡眠障害5症例の報告書

| | | |
|-----|------|--|
| 申請者 | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 所属 | |

◎症例報告書は、各症例ごとに、【様式4の1、4の2および4の3】に従って、A4版の用紙3枚にパソコンを用いて記録すること。各症例報告書には症例番号(1～5)をつけ、1症例につき2000字以内にて要領よくまとめること。2000字以外に必要とする図・表を添付する。その場合には、【様式4の4】に従って、A4版の用紙1枚に図・表を貼付け、それぞれの図・表に番号、タイトルおよび説明文をつけ、症例報告書の本文中の引用する部位には図・表の番号を()に入れて記入すること。また、各症例ごとに【様式4の1～4の4】をまとめて左上隅をホッチキスで綴じること。

◎異なる種類の睡眠障害5症例の規定に関しては、睡眠医療・認定委員会の認定事業実施に関する細則(症例報告書とその審査に関する事項)を参照すること。

◎学会認定を申請しようとする複数の者が同一の医療機関で診療を受けた同一の症例を症例報告書の症例として用いることは出来ない。また、過去に学会認定の申請に用いたことのある症例を同一の医療機関からの症例報告書の症例として再び用いることはできない。これらの点については、申請者は勿論のこと、申請のために用いる症例の診療と症例報告書作成の指導者も厳重に注意して頂きたい。

◎各症例についての記載事項は以下の通りとする。特に、症例のプライバシー保護に充分留意すること。症例の診断・検査・治療を行った医療機関(病院の診療科、センターあるいは診療所)の名称、症例のカルテ番号、年齢、性別、学生または職業、睡眠障害としての主訴および主症状、診断、既往症、家族歴、現病歴、心身の一般的所見のまとめ、主要な臨床検査成績、睡眠ポリグラフ検査成績のまとめ、鑑別診断、治療方法、治療効果を含めた経過。

(歯科の場合には、頭部骨格計測法の結果を記載すること。)

◎学会ホームページに模範例(見本)を掲示するが、そのまま引用した場合は不合格と見なされる。

◎各症例報告書には、その症例の診療と報告書の作成を指導した日本睡眠学会専門医、日本睡眠学会歯科専門医、日本睡眠学会認定検査技師、あるいは、それらの学会認定を受けた者が不在の医療機関の勤務者の場合は、所属診療科の長が指導したことを確認する署名・捺印を受けること。

◎各症例報告書につき、2通のコピーを含め、合計で3通を提出すること。

【様式4の2】

| | |
|-----------|-------|
| 受験番号兼申請番号 | 医・歯・技 |
|-----------|-------|

(この上の欄には記入しないで下さい)

西暦 年 月 日

| | |
|------|--|
| 症例番号 | |
|------|--|

| |
|--|
| |
|--|

【様式4の3】

症例番号

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

上記の症例に関する診療あるいは検査および報告書作成を指導したことを確認します。

西暦 年 月 日

日本睡眠学会専門医、日本睡眠学会歯科専門医、日本睡眠学会認定検査技師

(学会認定証の番号：)

所属診療科の長 (該当する事項を○印で囲んで下さい)

医療機関と診療科名および職名

氏名

印

審査員のコメント

| |
|--|
| |
|--|

審査結果：合格、保留、不合格

担当審査員の氏名

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

【様式4の4】

| | |
|------|--|
| 症例番号 | |
|------|--|

(図・表は下の枠内に貼付け、各図・表に番号、タイトル、説明文をつけること)

| |
|--|
| |
|--|

【様式5】

| | |
|-----------|-----|
| 受験番号兼申請番号 | 医・歯 |
|-----------|-----|

(この上の欄には記入しないで下さい)

日本睡眠学会専門医および日本睡眠学会歯科専門医のための推薦状

(該当する事項を○で囲んで下さい)

申請者および申請者が現に勤務している医療機関

医療機関の住所

名称および診療科名

申請者の職名

氏名

申請者が睡眠医療に従事した医療機関と期間

医療機関の住所

名称および診療科名

期間 西暦 年 月 より 年 月まで

上記の者は、上記の医療機関にて、記載された期間、睡眠医療あるいは睡眠呼吸障害の医療に従事したことを認めるとともに、睡眠医療についての幅広い知識と睡眠障害あるいは睡眠呼吸障害についての診療能力を有することを認め、日本睡眠学会専門医あるいは日本睡眠学会歯科専門医として適切であると判断し、ここに推薦します。(該当する事項を○印で囲んで下さい)

西 暦 年 月 日

推薦者 日本睡眠学会専門医または日本睡眠学会歯科専門医

(学会認定証の番号：)

所属診療科の長 (該当する事項を○印で囲って下さい)

医療機関の住所

名称および診療科名

職名

氏名

印

【様式7】

| | |
|-----------|---|
| 受験番号兼申請番号 | 技 |
|-----------|---|

(この上の欄には記入しないで下さい)

日本睡眠学会認定検査技師のための推薦状

申請者および申請者が現に勤務している医療機関

医療機関の住所

名称および診療科名

申請者の氏名

申請者が睡眠ポリグラフ検査に従事した医療機関と期間

医療機関の住所

名称および診療科名

期間 西暦 年 月より 年 月まで

上記の者は、上記の医療機関にて、記載された期間、睡眠ポリグラフ検査に従事したことを認めるとともに、睡眠ポリグラフ検査（MSLTを含む）を実施し、その検査結果を判読・整理する能力を有し、しかも、睡眠医学についての一般的な知識および睡眠ポリグラフ検査中に起こる可能性のある救急事態（危険な不整脈、てんかん発作など）についての知識を有することを認め、日本睡眠学会認定検査技師として適切であると判断し、ここに推薦します。

西 暦 年 月 日

推薦者 日本睡眠学会専門医、日本睡眠学会歯科専門医、日本睡眠学会認定検査技師

(学会認定証の番号：)

所属診療科の長 (該当する事項を○印で囲んで下さい)

医療機関の住所

名称および診療科名

職名

氏名

印

【様式8の1】

| | |
|--------------|-------|
| 受験番号兼定期報告書番号 | 機関・登録 |
|--------------|-------|

(この上の欄には記入しないで下さい) 西暦 年 月 日

日本睡眠学会専門医療機関・日本睡眠学会登録医療機関としての申請書、認定継続のための定期報告書、認定更新の申請書 (該当する事項を○印で囲むこと)

申請 (報告) 医療機関および申請 (報告) 者

医療機関の住所

TEL

FAX

名称 (病院の診療科、センター、診療所等の区別を明記すること)

主な標榜診療科名

申請者 (報告者) の職名

氏名

印

定期報告書および認定更新の申請書の場合には、日本睡眠学会専門医療機関、日本睡眠学会登録医療機関の認定証の番号を明記すること (学会認定証の番号: A型あるいはB型)

当医療機関は日本睡眠学会専門医療機関 (A型・B型)、日本睡眠学会登録医療機関として認定、認定継続あるいは認定更新されることを希望し、必要事項を以下に記録して申請・報告します。 (希望事項ならびに該当事項を○印で囲んで下さい)

睡眠医療に従事する日本睡眠学会専門医、日本睡眠学会歯科専門医、日本睡眠学会認定検査技師について

| 氏名 | 年齢 | 職名 | 学会認定証の種類と番号 (注1) | 常勤・非常勤の区別 (非常勤の場合は週何回・月何回と記入する) |
|----|----|----|------------------|---------------------------------|
|----|----|----|------------------|---------------------------------|

(注1) 学会認定証のコピーを添付すること。定期報告書の場合は、新しく勤務することになった職員の学会認定証のコピーだけでよい。変更無の場合は、そのように記入する。

(注2) 【様式8の1、8の2、8の3】をとりまとめ、左上隅をホッチキスで綴じて下さい。

【様式8の2】

| | | |
|--|-------------|--------------------------|
| その他の睡眠医療に従事する医師、 歯科医師、 臨床検査技師、 看護師などの職員について | | |
| 氏名 | 年齢 | 職名 (非常勤の場合は週何回・月何回と記入する) |
| <p>(注2) 資格認定証のコピーを添付すること。定期報告書の場合は、新しく勤務することになった職員の資格認定証のコピーだけでよい。</p> | | |
| 同一医療機関内の全病床数 | 病床 | |
| 睡眠医療に利用できる病床の有無と病床数 | 有・ 無 | 病床 |
| 同一医療機関内の他の診療科名 | | |
| 睡眠ポリグラフ検査室の有無と数 (検査室の構造と広さを示す略図を添付すること) | 有・ 無 / 検査室数 | 室 |
| 睡眠ポリグラフ検査に用いる機器の種類と数 | | |
| <p>日本睡眠学会専門医療機関、日本睡眠学会認定登録機関として申請する当病院の診療科（センター）あるいは当診療所（クリニック）は、上記の諸条件を備えるとともに、当院内の他の診療部門、他の専門的医療機関、あるいは、臨床医学的検査機関と緊密な連携を保って睡眠障害の医療を行っていることを確認します。</p> <p style="text-align: right;">(該当する事項を○印で囲んで下さい)</p> | | |
| 西暦 | 年 | 月 日 |
| 医療機関の住所 | | |
| 名称 | | |
| 病院長または診療所長の氏名 | | 印 |

【様式8の3】

| | | | |
|---|---|--|-------------|
| 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 | 病床が所属する診療科名 |
| 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 |
| | 電氣的雑音遮断能（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 CO ² 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） | | |
| 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 | 日本睡眠学会専門医、日本睡眠学会歯科専門医、日本睡眠学会認定検査技師、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 | 日本睡眠学会専門医、日本睡眠学会歯科専門医、日本睡眠学会認定検査技師、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、過去1年間のMSLT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（具体的に記入する） | 不眠症（ ）例→治療法（ ） |
| | ナルコレプシー（ ）例→治療法（ ） |
| | 特発性過眠症（ ）例→治療法（ ） |
| | 睡眠時無呼吸症候群（ ）例→治療法（ ） |
| | 上気道抵抗症候群（ ）例→治療法（ ） |
| | 周期性四肢運動障害（ ）例→治療法（ ） |
| | Restless legs 症候群（ ）例→治療法（ ） |
| | 睡眠時随伴症（ ）例→治療法（ ） |
| | 概日リズム障害（ ）例→治療法（ ） |
| | 内科的疾患に伴う睡眠障害（ ）例→治療法（ ） |
| | 小児の睡眠障害（睡眠呼吸障害を含む）（ ）例→治療法（ ） |
| | その他の睡眠障害（ ）例→治療法（ ） |

【様式9】

| | |
|-----------|-------|
| 受験番号兼申請番号 | 医・歯・技 |
|-----------|-------|

申請者および所属医療機関

所属医療機関の住所

名称および診療科名

申請者・職 名

氏 名

殿

先に貴殿あるいは貴医療機関より申請があった日本睡眠学会専門医又は日本睡眠学会歯科専門医若しくは日本睡眠学会認定検査技師に関する認定については、本学会の睡眠医療認定委員会は適格と判断いたしました。別途、本学会の理事長より当該する学会認定証の交付がなされることを申し添えます。
(該当する事項を○印で囲むこと)

西暦 年 月 日

日本睡眠学会 睡眠医療認定委員会

【様式 10】

| | |
|-----------|-------|
| 受験番号兼申請番号 | 医・歯・技 |
|-----------|-------|

申請者および所属医療機関

所属医療機関の住所

名称および診療科名

申請者・職 名

氏 名

殿

先に貴殿あるいは貴医療機関より申請があった日本睡眠学会専門医又は日本睡眠学会歯科専門医若しくは日本睡眠学会認定検査技師に関する認定については、本学会の睡眠医療認定委員会は不適格と判断しましたので、当該する学会認定証は交付されないことをお伝え致します。その理由は、以下に述べる通りです。そこに指摘されている問題点を克服され、再度の申請がなされることを希望します。
(該当する事項を○印で囲むこと)

【理由】

西暦 年 月 日

日本睡眠学会 睡眠医療認定委員会

【様式 11】

| | |
|-----------|-------|
| 受験番号兼申請番号 | 機関・登録 |
|-----------|-------|

申請者および所属医療機関

所属医療機関の住所

名称および診療科名

申請者・職 名

氏 名 殿

先に貴殿あるいは貴医療機関より申請があった日本睡眠学会専門医療機関又は日本睡眠学会登録医療機関に関する認定については、本学会の学会専門医療機関認定委員会は適格と判断いたしました。 別途、本学会の理事長より当該する学会認定証の交付がなされることを申し添えます。

西暦 年 月 日

日本睡眠学会 学会専門医療機関認定委員会