

麻酔施行経験証明書

申請者の麻酔施行経験について、下記の通り相違ないことを証明する。

年 月 日

\_\_\_\_\_  
 病院  
 病院長 \_\_\_\_\_ 印

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生まれ)

症例数 \_\_\_\_\_ 計 \_\_\_\_\_ 症例

| 番号  | 実施日 | 麻酔法 | 患者の氏名等<br>患者の年齢 | 患者の性別 | 病名 | 手術術式 | 術者 |
|-----|-----|-----|-----------------|-------|----|------|----|
| 1   |     |     |                 |       |    |      |    |
| 2   |     |     |                 |       |    |      |    |
| 3   |     |     |                 |       |    |      |    |
| ・   |     |     |                 |       |    |      |    |
| ・   |     |     |                 |       |    |      |    |
| ・   |     |     |                 |       |    |      |    |
| ・   |     |     |                 |       |    |      |    |
| ・   |     |     |                 |       |    |      |    |
| ・   |     |     |                 |       |    |      |    |
| ・   |     |     |                 |       |    |      |    |
| ・   |     |     |                 |       |    |      |    |
| ・   |     |     |                 |       |    |      |    |
| ・   |     |     |                 |       |    |      |    |
| ・   |     |     |                 |       |    |      |    |
| ・   |     |     |                 |       |    |      |    |
| ・   |     |     |                 |       |    |      |    |
| ・   |     |     |                 |       |    |      |    |
| ・   |     |     |                 |       |    |      |    |
| ・   |     |     |                 |       |    |      |    |
| ・   |     |     |                 |       |    |      |    |
| ・   |     |     |                 |       |    |      |    |
| ・   |     |     |                 |       |    |      |    |
| 298 |     |     |                 |       |    |      |    |
| 299 |     |     |                 |       |    |      |    |
| 300 |     |     |                 |       |    |      |    |
| ・   |     |     |                 |       |    |      |    |
| ・   |     |     |                 |       |    |      |    |

注) 麻酔法については、吸入麻酔、静脈麻酔、硬膜外麻酔等の別を明記すること。  
 また、複数の麻酔法を用いた場合は、併用した麻酔法のすべてを明記すること。