

※太枠の欄を全てご記入ください。

申請日	西暦	年	月	日
申請者	所属先			
	所属先住所 (都道府県名も記載)			
	フリガナ 氏名 (自署あるいは押印)	印		
	生年月日	西暦	年	月 日
	e-mail			

事務局
チェック欄

1. 認定医師の定義

脳神経減圧術に関する専門的な知識と手技を有し、満足する結果を患者に与える適切な治療を行える医師

2. 登録の要件: 運営委員の履歴がある医師は下記の B・C・D の提出および記載は不要です

A. 日本脳神経外科学会専門医、および本学会の会員(年会費を全納)であること

[専門医番号:]

B. 直近 5 年の本学会の学術集会に 3 回以上参加していること

脳神経外科学会ホームページの「会員専用ページ」から「マイページ」の「過去のクレジット」を開いて、年度をクリックした画面で表示される本学会の学術集会の参加履歴を印刷して添付してください。

C. 本学会の学術集会で筆頭演者として 2 回以上発表していること

①発表年	年	【演題名】
②発表年	年	【演題名】

D. 脳神経減圧術 5 例について適正な手術の判断と結果があること

- 減圧操作を含めた手術の主要部分を申請者が執刀した症例が対象となります。
- 三叉神経痛、顔面痙攣それぞれ 1 例以上を含んで下さい
- 減圧前、および減圧後の術中所見のスケッチを含む手術記録を添付して下さい。所属施設の書式で構いません(個人情報はマスキングしてください)。#1～#5 の通し番号を付記ください。
- 脳神経減圧術学会が推奨する評価方法(下記参照)での術後成績結果および判定日を下表に記載ください。
 - 近藤明恵, 他: 脳神経減圧術の治療成績・結果の標準化法についての提案. 脳神経外科ジャーナル 19:691-695, 2010
 - Kondo A, et al: A proposal for standardized analysis of the results of MVD for trigeminal neuralgia and hemifacial spasm. Acta Neurochirurgica (Wien)154(5):773-8,2012

提出症例リスト

疾患名と手術日（西暦）	術後成績と判定日（西暦）	運営委員チェック欄
#1. (年 月 日)	効果 (E) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 合併症 (C) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 合計 (T) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	年 月 日 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適
#2. (年 月 日)	効果 (E) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 合併症 (C) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 合計 (T) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	年 月 日 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適
#3. (年 月 日)	効果 (E) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 合併症 (C) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 合計 (T) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	年 月 日 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適
#4. (年 月 日)	効果 (E) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 合併症 (C) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 合計 (T) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	年 月 日 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適
#5. (年 月 日)	効果 (E) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 合併症 (C) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 合計 (T) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	年 月 日 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適

上記の手術実績を代表して承認する施設責任者(申請者本人が施設責任者の場合はご自身の職名と氏名を記入下さい)

承認日	西暦 年 月 日		
承認者	所属先・職名		
	氏名 (自署あるいは押印)	印	

1.付記

- 1) 本申請書, 学術集会参加履歴, 手術記録を下記の事務局分室まで, 簡易書留あるいはレターパック(ライトあるいはプラス)にて郵送下さい.

〒310-0004 水戸市青柳町 4028 水戸ブレインハートセンター内 日本脳神経減圧術学会事務局 水戸分室

- 2) 下記の口座に審査料 1 万円を振込手数料ご負担の上で送金ください.

埼玉りそな銀行 越生毛呂山(オゴセモロヤマ)支店 店番 589 普通預金 口座番号 4756013

口座名義:一般社団法人 日本脳神経減圧術学会

(依頼名はフルネームで入力ください. 所属名で送金いただくと申請者を特定できません)

年会費納入の口座と番号が異なりますのでご注意ください

- 3) 手術記録や術後成績に不適正な内容があった場合, 修正や提出症例の変更を依頼することがあります. なお, 申請に不正があった場合, 本学会から処分を受けることがありますのでご注意ください.

- 4) 受付は随時行いますが, 学術集会の 4 ヶ月前までの申請を学術集会時の運営委員会にて審査します. 結果は e-mail にて通知します.

- 5) 審査通過後の登録料は 5 千円です. 送金確認後に登録証を発行し, 本学会のホームページに「認定医師」として所属と氏名を掲載します(所属の変更は学会ホームページのメールフォームから連絡下さい).

- 6) 登録期間は 5 年間です. 登録の要件 2-B(直近 5 年の学術集会に 3 回以上参加)を満たし, 更新の希望があった場合, 更新料 3 千円の送金確認後に新たな登録証を発行します. なお, 要件 2-B を満たせなかった場合は登録を失いますが, 再び要件 2-B を満たせば(その際に要件 2-C と 2-D の再提出は不要), 希望に応じて登録を再取得できます

以上