

【様式 2-2-1】

施設個別調査票（新生児）

No. 1

施設名			総病床数	
区分	①総合病院 ②小児病院 ③その他の病院 ④国立 ⑤公立 ⑥私立 ⑦その他			
住所	〒 TEL : FAX :			
施設責任者名 (補完施設のみ記載)	役職名			
	E-mail			
新生児医療を担当する診療部門名				
1年間の新生児医療の診療実績 西暦 年 月 日 ～ 年 月 日	新生児特殊治療施設への年間入院数			
	年間症例数	① 超低出生体重児		
		② 極低出生体重児（①を含む）		
		③ 人工呼吸管理症例（N-CPAPを除く）		
1年間の教育・研究実績 西暦 年 月 日 ～ 年 月 日	新生児学の卒後教育，研修カリキュラム		あり (添付のこと)	なし
	定期的な医学的会合の実施回数	① 症例検討会		/年
		② 抄読会		/年
		③ 講演会		/年
		④ その他（種類を記載）		/年
周産期医学に関する主要な蔵書，2種類以上の欧文雑誌の定期購読，或いはインターネットなどを介して，常時，必要な文献が検索可能		該当する	該当しない	

注：診療実績及び教育・研究実績については，申請時に1年毎の過去5年間の提出が必要

【様式 2-2-1】

No. 2

施設の概要	周産期母子医療センターの種類と指定の有無	総合・地域・申請中・申請していない		
	新生児特殊治療施設の総病床数 (NICUを含む)			
	新生児集中治療室 (NICU) もしくはそれに準じる病床数			
	新生児特殊治療施設に勤務している専任の医師数			
	新生児特殊治療施設 (独立看護単位) の看護師総数			
	独立看護単位でない場合は具体的な勤務形態と看護師総数を記載			
	地域の新生児医療の中心としての機能 (搬送と情報システム, 研究会の開催などを具体的に記載)			
研修指導に関わる医師	本学会の認定した指導医・暫定指導医 補完施設の場合は, 新生児医療の責任者名			
	新生児医療に専任する常勤医師数 (本学会の指導医・暫定指導医, 専攻医は除く)			
	新生児医療の研修指導に関わる医師(非常勤も含める)	産婦人科医	有	無
		小児外科医	有	無
		小児神経科医	有	無
		小児循環器科医	有	無
		眼科医	有	無
麻酔科医	有	無		

記入年月日：西暦 年 月 日