

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

医療機関名 医療法人社団○○会 八王子病院  
氏名 理事長 八王子 太郎

中心静脈栄養法の症例に関する証明書

次の者の中心静脈栄養法等に関する臨床実績について、下記のとおり相違ないことを証明します。

医師名 ○○ ○○  
生年月日 昭和 xx 年 xx 月 xx 日  
現住所 八王子市元本郷町○ - ○ - ○

小腸に関する医療について主として担当する医師(常勤)を記載する

記

1 主たる担当医師の中心静脈栄養法の症例数

医療機関名	期間	中心静脈栄養法症例数	備考
<p>各医療機関における中心静脈栄養法の症例数を記載する。</p> <p>ただし、規定の症例数(中心静脈栄養法 20 例以上、経腸栄養法 10 例以上)について、患者性別、年齢、期間等の一覧を別途添付すること。</p> <p>なお、在宅中心静脈栄養法の症例がある場合は、その症例数を再掲すること</p> <p>(1)同一症例に対し断続的に繰り返し行った場合は、そのつど症例と数えて差し支えない。</p> <p>(2)中心静脈栄養法を開始した時点から、その中心静脈栄養法を終了した時点までが 10 日間以上のものを症例として計上すること。</p> <p>なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、同一日ないし翌日に再挿入した場合は 1 回とみなし、複数の症例として計上しないこと</p>			

## 2 主たる担当医師の経腸栄養法の症例数

医療機関名	期 間	経腸栄養法症例数	備 考
	自 年 月 日 至 年 月 日		
	自 年 月 日 至 年 月 日		
	自 年 月 日 至 年 月 日		
	自 年 月 日 至 年 月 日		
	自 年 月 日 至 年 月 日		