耳鼻咽喉科・頭頸部外科におけるロボット支援手術

認定プロクター申請書

申請年月日（西暦）

日本頭頸部外科学会 御中

耳鼻咽喉科・頭頸部外科におけるロボット支援手術の認定プロクターを申請します。

申請者氏名およびEメールアドレス

フリガナ

氏名 Eメールアドレス

施設名

施設住所 　　　〒

電話番号

担当科

担当科責任者　　　 印

申請チェックリスト

以下を満たしているか、ご確認の上、☑を入れてください。

□コンソール術者あるいは指導的助手としてロボット支援手術（経口的ロボ ット支援下咽喉頭癌切除術）について以下のいずれかを満たす実績を持つ

(ア)経口的ロボット支援下咽喉頭癌切除術 20 例以上

(イ)経口的ロボット支援下咽喉頭癌切除術 10 例以上（術者として 5 例を含 む）、かつ経口的鏡視下手術 20 例以上

□経口的手術に精通し、咽喉頭の内腔からの解剖に十分な知識を有する。

□アシスタント術者及びロボット支援手術チームスタッフに対して、適切な 指示が出せる。

□ 術中に起こりうる合併症及びトラブルに対する十分な知識と判断能力を有する。

症例一覧表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 施設ID番号 下4桁または 登録番号 | 手術日 | 原発巣（亜部位） | T分類 | 術式 | 役割 |
|  |
| 年/月/日（西暦） |
| 例 | 2111 | 2008/4/1 | 喉頭癌声門上部型 | T1 | TORS/ELPSなど | 術者 |
| 1 |  | / / |  |  |  |  |
| 2 |  | / / |  |  |  |  |
| 3 |  | / / |  |  |  |  |
| 4 |  | / / |  |  |  |  |
| 5 |  | / / |  |  |  |  |
| 6 |  | / / |  |  |  |  |
| 7 |  | / / |  |  |  |  |
| 8 |  | / / |  |  |  |  |
| 9 |  | / / |  |  |  |  |
| 10 |  | / / |  |  |  |  |
| 11 |  | / / |  |  |  |  |
| 12 |  | / / |  |  |  |  |
| 13 |  | / / |  |  |  |  |
| 14 |  | / / |  |  |  |  |
| 15 |  | / / |  |  |  |  |
| 16 |  | / / |  |  |  |  |
| 17 |  | / / |  |  |  |  |
| 18 |  | / / |  |  |  |  |
| 19 |  | / / |  |  |  |  |
| 20 |  | / / |  |  |  |  |
| 21 |  | / / |  |  |  |  |
| 22 |  | / / |  |  |  |  |
| 23 |  | / / |  |  |  |  |
| 24 |  | / / |  |  |  |  |
| 25 |  | / / |  |  |  |  |
| 26 |  | / / |  |  |  |  |
| 27 |  | / / |  |  |  |  |
| 28 |  | / / |  |  |  |  |
| 29 |  | / / |  |  |  |  |
| 30 |  | / / |  |  |  |  |
| 30 |  | / / |  |  |  |  |
| 31 |  | / / |  |  |  |  |
| 32 |  | / / |  |  |  |  |
| 33 |  | / / |  |  |  |  |
| 34 |  | / / |  |  |  |  |
| 35 |  | / / |  |  |  |  |
| 36 |  | / / |  |  |  |  |
| 37 |  | / / |  |  |  |  |
| 38 |  | / / |  |  |  |  |
| 39 |  | / / |  |  |  |  |
| 40 |  | / / |  |  |  |  |