耳鼻咽喉科・頭頸部外科におけるロボット支援手術

アシスタント術者トレーニング申請書

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コンソール術者トレーニングを申請します。

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

使用機種チェックリスト

以下を満たしているか、ご確認の上、☑を入れてください。

なお、ダビンチSiサージカルシステム専用製品の販売終了により、Siシステムに関する耳鼻咽喉科・頭頸部外科領域のベーシックトレーニングは終了しております。

「その他機種」の場合、申し込み後にトレーニング可能かを委員会で検討させていただきます。お申込みいただきましてもトレーニングを受講できない場合がございますのでご了承ください。

□ダビンチXiサージカルシステム

□ダビンチSpサージカルシステム

□その他機種（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

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。

□日本耳鼻咽喉科学会の会員である。

所属施設チェックリスト

（1）または（2）のいずれかに当てはまるか、ご確認の上、☑を入れてください。

1. □

所属施設が既に耳鼻咽喉科・頭頸部外科におけるロボット支援手術の実施認定施設になっている。

(2) □

今回のコンソール術者およびアシスタント術者トレーニング終了後に、所属施設を耳鼻咽喉科・頭頸部外科におけるロボット支援手術の実施認定施設に申請予定である。

⇒(2)に☑する場合、下記の施設要件を満たしているか確認してください。

□常勤の頭頸部がん専門医が在籍している。

□常勤の耳鼻咽喉科医が２名以上在籍している。

□コンソール術者となる予定の医師が常勤医として在籍している。

□常勤麻酔医が1名以上在籍している。

□常勤放射線治療科医または常勤放射線科医が1名以上在籍している。

□常勤臨床工学技士が1名以上在籍している。

□緊急手術の実施体制を有している。

□24時間の院内検査実施体制を有している。

□医療機器の保守管理体制を有している。

□手術支援ロボット等の機器トラブルへの対処に関し、院内での体制を整え、本手術に用いる機器について、適切に保守管理がなされている。

□医療安全管理委員会を有している。