（施設様式 1）

■認定施設申請書

日本頭痛学会認定施設申請書（　　年　　月　　日提出）（ 新規 ・ 変更 ・ その他 ）

医療施設名（カナ）

（漢字）

施設長名

住所

TEL　　FAX

申請する施設基準　☐教育施設　☐准教育施設　☐教育関連施設

連関する教育施設名（　　）

I. 頭痛関連研修診療科と指導管理責任者名

頭痛関連診療科名称（　　）

専門医番号	氏　名	所属・役職	指導医番号

E-mail

※教育施設と教育関連施設の指導管理責任者は常勤の指導医とする．教育関連施設は専門医でも良い．

II. 施設の概要

1，施設分類（該当項目をチェック）

（1）☐ 病院

（2）☐ 診療所（ ☐ 有床診療所　☐ 無床診療所 ）

III. 頭痛関連疾患診療担当科（脳神経内科・脳神経外科・小児科など）のスタッフ

指導医，専門医の所属・職名（上記指導管理責任者を除く．常勤は週 4 日以上勤務，週 32 時間以上診療にあたり，当直は 2 日扱い）

※5 名を超える場合は，表を次頁にコピーしてご提出ください．

	専門医番号	氏　名	所属・役職	指導医の場合，指導医番号	常勤医の場合，〇印
1					
2					
3					
4					
5					

IV．診療実績（頭痛関連疾患に関して）

A．1 年間の頭痛患者の統計

（施設様式 1）

初診外来患者数		人／年	再診外来患者数		人／年
入院ベッド数		床	入院患者数		人／年
平均在院日数					

B. 1年間の入院患者の内訳

1 次性頭痛 ［　　］ 人　　2 次性頭痛 ［　　］ 人

頸部神経痛，中枢性・1 次性顔面痛及びその他の頭痛 ［　　］ 人

C. 1年間の外来患者の内訳

1 次性頭痛 ［　　］ 人　　2 次性頭痛 ［　　］ 人

このうち

片頭痛		人
緊張型頭痛		人
群発頭痛		人

頸部神経痛，中枢性・1 次性顔面痛及びその他の頭痛 ［　　］ 人

特記すべき外来診療：

D. 1 年間の頭痛疾患診療に関する活動内容について

頭痛患者の clinical conference		回
神経放射線 conference		回
他科との合同 conference		回
他院（地域・医師会を含む）との合同 conference		回

その他，特別な conference がありましたら名称と1年間の回数を記入ください

（　　）

E. 1 年間の頭痛関連で行った臨床検査実施件数について

CT		件
MRI，MRA		件
PET，SPECT		件
脳波		件

（施設様式 1）

Ⅴ．1 年間の学会活動

日本頭痛学会総会に　　□演題を出した（　　題）　□演題を出していない

その他，臨床に係る演題を出した頭痛関連学会

（　　）学会		題	（　　）学会		題
（　　）学会		題	（　　）学会		題

Ⅵ．研修カリキュラム（必ずコピーを同封してください）

1．貴施設における頭痛関連専門医養成のための研修内容について

□施設単独での専門医養成の研修プログラムがある

□他の施設と連携で行う研修プログラムがある

連携施設名：

2.　貴科の特徴，および診療・教育・研究に関して特記したい項目があえば簡単に記述してください．