

# 神奈川県嚥下機能評価研修セミナー実技免除書

## 経歴書

( 記入日 :                      年                      月                      日 )

氏名	
所属医療機関・科	

職歴 (医師免許取得後の主な職歴を下記に記載してください)

年・月 (西暦)	勤務先 (医療機関名・診療科)

喉頭ファイバースコープ又は内視鏡下嚥下機能検査の施行実績を、上記の職歴と関連づけて記載してください

(例：平成 24 年度    ○○病院において嚥下内視鏡検査 25 例施行など)

上記申告内容に相違ありません。

署名 \_\_\_\_\_ ④

※喉頭ファイバースコープ又は内視鏡下嚥下機能検査を診療として実施している経験を 5 年以上有しており、嚥下内視鏡検査の演習免除を希望する者は上記を記入し、受付に提出してください。

★後日、厚労省が胃瘻増設時嚥下機能評価加算の算定医師の資格を調べ、査定の対象としてくる可能性があります。特に実技演習修了の有無、実技免除の資格が問題とされる可能性があるため、経験 5 年未満の方は、実技受講をお願いいたします。