

様式 7

中心静脈栄養法等の症例に関する証明書

中心静脈栄養法

医療機関名		主たる担当 医 師 名				
主たる担当 医師の中心静脈 栄養法症例数	医療機関名	期 間		中心静脈栄養法症例数		
					うち在宅中心静脈 栄養法症例数	
			年 月 日～			
			年 月 日			
			年 月 日～			
			年 月 日			
			年 月 日～			
		年 月 日				

経腸栄養法

主たる担当 医師の経腸 栄養法症例数	医療機関名	期 間		経腸栄養法症例数
			年 月 日～	
			年 月 日	
			年 月 日～	
			年 月 日	
			年 月 日～	
			年 月 日	

(記入要領)

- 1 「医療機関名」は、必ず正式名称を記載してください。
- 2 「主たる担当医師名」は、小腸に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載してください。
- 3 症例数は、個々の症例を直近時から遡って記載し、調査票の記入欄を満たす範囲内で症例数を計上してください。
ただし、既定の症例数(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をしてください。
- 4 同一症例に対し断続的に繰り返し行った場合は、その都度、症例と数えて差し支えないです。
- 5 中心静脈栄養法を開始した時点からその中心静脈療法の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してください。
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でください。

