

学会認定・自己血輸血責任医師 自己証明書

学会認定・自己血輸血責任医師
必要条件に関する自己証明書

申請者氏名 _____ ⑩

(申請者自署)

以下の必要条件を実施していることに相違ありません。

条件に合致している場合には各々の□の中に「レ」(チェックマーク)を記入。

医師採血・看護師採血 共通の必要条件

- ☐ 日本自己血輸血学会・周術期輸血学会または日本輸血・細胞治療学会の会員である。
- ☐ 日本自己血輸血・周術期輸血学会 貯血式自己血輸血実施指針（貯血式ガイドライン 2025）を遵守している。
- ☐ 貯血式自己血輸血の適応を決定している。
- ☐ 自己血採血日の患者の全身状態チェックと採血の可否を決定している（自己血輸血責任医師が指導する医師が行ってもよい）。
- ☐ 貯血式自己血輸血に関する全般的な事項（採血方法・合併症対策・保管管理・返血・エリスロポエチンの適応など）を管理している。
- ☐ 日本自己血輸血・周術期輸血学会教育セミナーまたは学会認定・自己血輸血医師看護師制度協議会指定セミナーあるいは日本自己血輸血・周術期輸血学会学術総会または日本輸血・細胞治療学会総会（秋季シンポジウムを含む）に1回以上参加し、受講証明書あるいは（学術）総会参加証のいずれかを1部以上保有すること。

ただし、2009年以降に筆頭著者としての自己血輸血関係の論文（原著論文・症例報告・総説・その他）が、日本自己血輸血・周術期輸血学会会誌「自己血輸血」あるいは日本輸血細胞治療学会誌に掲載されている場合は、上記の受講証明書あるいは（学術）総会参加証の代用とすることができる。

医師採血に関する追加必要条件	看護師採血に関する追加必要条件
☐ VVR 対応マニュアルを整備し、関係者に周知している。	☐ 採血・返血・保管を管理し、看護師を教育・指導している。 ☐ VVR への看護師初期対応マニュアルを整備している。 ☐ 自己血採血時には看護師に対して所在を明らかにしている（手術室は不可）。 ☐ VVR など有害事象発生現場へ可及的速やかに（1分以内）参加し、治療をおこなっている。

学会認定・自己血輸血責任医師 推薦書

施設長の推薦書

申請者氏名 _____ ㊞
(申請者自署)

上記のものは、様式3-2に記載された貯血式自己血輸血実施上の必要条件を満たし、学会認定・自己血輸血責任医師として適格であることを認め、責任を持って推薦します。

年 月 日（西暦）

推薦者氏名 _____ ㊞
(推薦者自署)

推薦者の職位 _____

ご注意：

- 推薦者は病院長あるいは理事長に限ります。病院長が申請する場合は副院長または準ずる方としてください。
- 推薦者の自署と押印（公印）が必要です。

受講証明書，参加証添付

- 日本自己血輸血・周術期輸血学会教育セミナーまたは学会認定・自己血輸血医師看護師制度協議会指定セミナーの受講証明書の写し
- 日本自己血輸血・周術期輸血学会学術総会または日本輸血・細胞治療学会総会（秋季シンポジウムを含む）の参加証の写し
- 日本自己血輸血・周術期輸血学会会誌「自己血輸血」あるいは日本輸血細胞治療学会誌など査読によって論文の採否を決めている学会誌に掲載されている自己血輸血関係の論文（原著論文・症例報告・総説・その他）の別刷り

以上の受講証明書あるいは学術総会参加証のうち、**いずれか1部以上**を添付ください。

論文を代用する場合は別刷を提出ください。

用紙が不足する場合は追加ください。