

施設内容説明書（内科気道系）

西暦 年 月 日

施設名

住所 〒 -

電話 - -

施設長名

公印

科名	施設名称科名 (ふりがな)	診療科名
		呼吸器内科
病院別 該当するものに○印をつけて下さい。	大学病院 総合病院またはこれに準ずる病院 その他 ()	
施設としての共通要件 該当するものに○印をつけて下さい。	I. 画像診断装置 1) 単純X線撮影装置 2) 造影X線撮影装置 3) CTもしくはMRI 4) 超音波診断装置 II. 内視鏡装置 III. 呼吸機能検査装置 (スパイロメトリー, 努力呼出曲線, 拡散能) IV. 人工呼吸器 V. 検査 1) 細菌検査 2) 病理検査	
専門領域として備えるべき要件 該当するものに○印をつけて下さい。	1) 内視鏡 ① 気管支内視鏡 2) 検査 ① 気道過敏性検査 3) アプノモニター	
専門領域として備えていることが望ましい要件 該当するものに○印をつけて下さい。		