歯科麻酔専門医審査申請書類の記入要綱

一般社団法人　日本歯科麻酔学会
専門医審査委員会

申請書類は、学会ホームページに掲載の「各種認定制度に関わる申し合わせ事項」をよくお読みの上、ご記入下さい。申請書類が不足する場合には、コピーしてお使い下さい。申請書類は必ず所定の様式を使用して下さい。各種様式を改変して提出することは認められませんのでお気を付け下さい。
なお、全ての書式において、年号は西暦に統一して下さい。
＊ここでいう改変とは、各種様式の記載内容の変更だけでなく、両面・集約印刷、縮小コピーも含みます。

1. 歯科麻酔専門医審査申請書（様式 1-1、1-2）
本学会認定医取得年月日、登録番号を忘れずに記入して下さい（申請資格判定の重要な基準の一つとなります)。顔写真（パスポートサイズ 4.5cm×3.5cm：裏面に氏名記入のこと）を所定の欄に貼付して下さい。
なお、全ての書式において、年号は西暦に統一して下さい。
様式 1-1 は本学会専門医審査委員会宛、様式 1-2 は日本歯科専門医機構宛のものとなり、内容は同じです。
また、受験票を作成する際にも顔写真が必要となりますので、貼付したものと同一の写真を申請書類とともにお送り下さい。
申請書類一式すべての複写を 3 セット同封して下さい。合計 4 部必要となります。(その他、ご自分用にも 1 部をお手元に保管して下さい。)

2. 履歴書（様式 2)
   a. 学歴（大学卒業以降）（記入例）
      ○年○月○日：○○大学歯学部卒業
      ○年○月○日：第○回歯科医師国家試験合格
      ○年○月○日：○○大学大学院歯学研究科（○○学専攻）入学
      ○年○月○日：○○大学大学院歯学研究科（○○学専攻）修了
      歯学博士（○○大学、甲（乙）○○号）
   b. 歯科医籍登録年月日、登録番号を、所定欄に記入して下さい。
   c. 本学会認定医登録年月日、登録番号を所定欄に記入して下さい。
   d. 職歴（記入例）
      申請時現在まで、ブランクがないよう記入して下さい。
      ○年○月○日：○○大学歯学部附属病院　臨床研修歯科医
      ○年○月○日：○○大学歯学部附属病院　臨床研修歯科医修了
      ○年○月○日：○○大学歯学部附属病院　歯科麻酔科　医員
      ○年○月○日：○○大学医学部附属病院　麻酔科　医科麻酔科研修　研修医（常勤週 5 日）
      ○年○月○日：○○大学医学部附属病院　麻酔科　医科麻酔科研修　研修医修了（常勤週 5 日）
      ○年○月○日：○○病院　麻酔科　医科麻酔科研修　研修医（非常勤週 1 日）
      ○年○月○日：○○病院　麻酔科　医科麻酔科研修　研修医修了（非常勤週 1 日）
      ○年○月○日：○○大学歯学部附属病院　歯科麻酔科　医員

現在に至る

注意）履歴の年月日のうち、日付は明確なもののみ記入して下さい。

＊専従歴の確認

本書類は専従歴の確認のための書類としても使用致します。

医科麻酔科研修については、当該業務の形態（従事している日数）もあわせて記入して下さい。

また、歯科麻酔学指導施設での歯科麻酔学分野の業務が週に 2 日以下になる期間が生じた場合は、非常勤での期間を記入して下さい。ただし、歯科麻酔学に関わる基礎研究で臨床業務に携われない場合は、当該期間は専従しているものとみなします。

e. 歯科麻酔に関連した学会および地域歯科医療における活動

本学会および関連学会について記載して下さい。

記入例：

〇年〇月〇日：日本歯科麻酔学会入会

〇年〇月〇日：日本歯科麻酔学会代議員

〇年〇月〇日：〇〇〇学会理事

〇年〇月〇日：〇〇地方研究会幹事

3. 麻酔研修証明書（様式 3-1）、研修内容証明書（様式 3-2）ならびに研修派遣証明書（様式 3-3）

a. 麻酔研修証明書…歯科麻酔学指導施設における指導者（歯科麻酔指導医）が「申請者が麻酔業務に専従していることを証明する」際に使用して下さい。

ここでいう研修とは歯科麻酔学分野の業務に週 3 日以上携わっていることをいいます。

専従期間中に所属先を変更した場合は、施設ごとの書類が必要となります。

なお、この証明書で証明される期間の症例は、専門医申請のために必要な 5 年間の研修期間として認められます。

＊歯科麻酔学指導施設での研修が週 3 日以下となる場合の記載方法

医科麻酔科研修あるいは関連施設への派遣等の理由で、歯科麻酔学指導施設で歯科麻酔学分野の業務が週に 2 日以下になるがある場合は、当該の期間を記入して下さい。

b. 研修内容証明書…歯科麻酔学指導施設における指導者（歯科麻酔指導医）の指導の下、研修の一環として、歯科麻酔学指導施設以外の施設で歯科麻酔業務を行った場合に使用して下さい。

ここでいう研修とは歯科麻酔学分野の業務に週 3 日以上携わっていることをいいます。

施設が複数にわたる場合、各施設の証明書が必要となります。

なお、歯科麻酔指導医の指導とは無関係に、歯科麻酔学指導施設以外の施設で行なった研修については、専門医申請のために必要な 5 年間の研修期間として認められません。

また、症例の提出の有無に関わらず、研修証明書だけでは専従歴 5 年を満たさない場合は、研修内容証明書と対応する研修派遣証明の提出が必要となります。

＊医科麻酔科研修に関する研修内容証明書

医科麻酔科研修の研修内容証明書には、当該施設での研修が、医科診療科が担当した手術の麻酔、あるいは歯科・口腔外科が担当した手術の麻酔に限ったものなど、指導者が研修内容について記載して下さい。

特に、歯科口腔外科の症例に限って麻酔研修を行った場合などは、注意して下さい。

＊研修歴の確認

歯科麻酔学指導施設における歯科麻酔指導医による指示、許可を得ての医科麻酔科研修は、最長 2 年 6

ヶ月までを、5年間の専従歴の一部として認めておりますので、当該研修の形態（従事している日数）についても記入して下さい。

c. 研修派遣証明書…研修内容証明書で証明される研修について、歯科麻酔学指導施設における指導者（歯科麻酔指導医）の指導の下、研修の一環として、歯科麻酔学指導施設以外の施設で歯科麻酔業務に従事している場合に使用して下さい。
研修派遣証明書で証明される期間については、専門医申請のために必要な5年間の専従期間として認められます。

4. 歯科麻酔専門医申請許可書（様式4）
歯科麻酔学指導施設の所属長である歯科麻酔指導医が発行したものとします。

5. 業績目録
学術集会への参加業績は20単位以上、学会発表または論文発表業績は30単位以上である必要があります。学術集会への参加業績 20 単位の内、10 単位は本学会の学術集会への参加単位を含んでいる必要があります。学会発表・論文発表業績 30 単位の内、10 単位は筆頭者として、本学会の学術集会での学会発表または日本歯科麻酔学会雑誌、Anesthesia Progress、Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine での論文発表である必要があります。Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine への発表業績を申請される場合は、機関誌化した 2025 年 8 月 3 日以降にアクセプトされたものから業績 として有効となります。但し、掲載論文の内、「Letter to the Editor」は歯科麻酔専門医試験の申請業績としては認められません。

a. 学会出席（様式5-1）…様式5-1Aには日本歯科麻酔学会学術集会への出席を記入して下さい。
様式5-1Bにはその他の学術大会への出席を記入して下さい。
「学術集会名（第○○回・・・）、開催年月日、開催地」を記入して下さい。また、出席を証明できるもの（参加証、出席証明書等の複写、会員情報管理システム OHASYS の出席単位管理システムのページ等の根拠書類）を裏面に糊付けして下さい。

b. 学会発表（様式5-2）…様式5-2Aには日本歯科麻酔学会学術集会での発表を記入して下さい。また、発表者に下線を引いて下さい。
様式5-2Bにはその他の学術大会での発表を「演題名、学術大会名、開催地、開催年」を省略せず記入し、抄録の複写を添付して下さい。

c. 論文（様式 5-3）…日本歯科麻酔学会雑誌、Anesthesia Progress、およびその他学術誌に発表したものを記入して下さい（共著も可）。論文は書類審査の時点で既に発行された雑誌に掲載されたものに限りますが、日本歯科麻酔学会雑誌ならびにAnesthesia Progressについては掲載予定の論文についても業績として認めます。様式5-3Aには日本歯科麻酔学会雑誌およびAnesthesia Progress、Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine での発表を記入して下さい。ただし、in press の場合は、必ず掲載を証明する書類（掲載証明書もしくはそれと同等の文書）および当該論文データを印刷したものを添付して下さい。また、投稿中の論文は認められません。
5-3Bには、「表題、誌名、年、巻（号）、頁～頁」を省略せず記入し、別刷（複写可）を添付して下さい。

d. 一般社団法人日本歯科専門医機構共通研修（様式5-4）…一般社団法人日本歯科専門医機構の定める歯科専門医共通研修の単位を取得する必要があります。また、取得単位については付則第2条に記載の単位(年間2単位受講）を満たす必要があります。令和3年度までに実施された「地域医療・地域包括ケアシステ

ム」および「隣接医学・医療」は有効となります。申請にあたっては受講証明書等の根拠書類の提出が必要になります。

2029 年度の申請より、「医療倫理」「患者・医療者関係の構築」、「医療関連法規・医療経済」（合計 3 単位）については、日本歯科専門医機構主催の歯科専門医共通研修の受講が必要となります。

6．提出症例内訳書（様式 6）

所属、申請者氏名、様式 6-1 および様式 6-2 に対応する症例数を記入して下さい。

1）全身麻酔症例の記入

（1）歯科麻酔学指導施設等の歯科麻酔科で研修した症例（歯科診療科での症例を申請症例とする場合）

「a．歯科治療のための日帰り全身麻酔」「b．歯科・口腔外科の麻酔（入院症例）」の、いずれか（a、b）に分けて下さい。

（2）医科麻酔科研修における症例（医科麻酔症例を申請症例とする場合）

「c．医科診療科での麻酔（歯科領域の麻酔）」とは、耳鼻咽喉科、形成外科等の医科診療科で行われる歯科領域手術と同等の手術を対象とした麻酔症例となります。

「d．医科診療科での麻酔（医科領域の麻酔）」とは、医科診療科で行われる上記以外の医科領域手術に関わる麻酔症例となります。

・歯科口腔外科のある総合病院での研修

当該施設での症例を内訳の a～d に分けて下さい。

・歯科口腔外科がない総合病院での研修

当該施設での症例を内訳の c～d に分けて下さい。

2）全身麻酔・静脈内鎮静法症例以外の記入

吸入鎮静法、全身管理（モニター管理）、心肺蘇生、その他に分けて症例数を記入して下さい。

7．全身麻酔・全身管理症例一覧表（様式 6-1）、疼痛治療症例一覧表（様式 6-2）

申請時から遡って最近 5 年間に担当あるいは指導した全身麻酔症例または全身管理（精神鎮静法、有病者歯科治療時の管理、救急処置および心肺蘇生法等）および疼痛治療症例のうち、総計 500 例を、年月日の古いものから順に通し番号をふって、それぞれ所定の用紙に記載して下さい。なお、提出症例は 1 年間ごとに均一である必要はないが、一定期間に極端に偏ることは認められません。その認否については、専門医審査委員会で審議されます。

留学、出産などやむを得ない理由で、継続した過去 5 年間で 500 症例が提出できない場合、専門医審査委員会で認められれば、資格審査を受けられます。ただし、その理由については歯科麻酔指導医による証明書を別途、提出する必要があります。

また、5 年以上の本学会会員歴、通算 5 年以上の歯科麻酔専従歴、さらに通算 500 例以上の提出症例を有している必要があります。

なお、全身麻酔を含む全身管理症例は、すべて審査委員会の要請に応じて管理記録が提出され得るものであり、また疼痛治療症例にあっては症例を供覧し得る記録を有するものとします。

なお、備考欄にはその方法を実施した適応等について記載して下さい。その他記載方法は認定医申請書類作成上の注意事項に準じます。

＊診療科名の記載

実施施設名は、「施設名（麻酔科名）」に○○大学○○学部病院歯科麻酔科／麻酔科、○○病院歯科麻酔科／麻酔科等と記入し、「手術担当診療科名」には歯科口腔外科、障害者歯科などを、医科麻酔科研修の症例にはその診療科名を記入して下さい。

＊麻酔薬の記載

麻酔薬は、亜酸化窒素・セボフルラン、プロポフォール・ロクロニウム・レミフェンタニルのように日本語で一般名を記入して下さい。麻酔薬の商品名での記入は認められません。また、英語表記ならびに英語での省略表記（GOS）などは使わないで下さい。

＊備考欄への特記事項

備考欄には、合併症、緊急手術、低血圧麻酔など、必要に応じて特記事項を記入して下さい。

特に特記事項の無い症例については、「特記事項無し」と記入し、空欄がないようにして下さい。

1）麻酔記録の提出

症例一覧表（様式 6-1）に記載した症例については、全ての症例の麻酔記録の電子データ(PDF 形式)を提出する必要があります。

提出する麻酔記録の電子データには、申請者名が必ず記載されている必要があります。一方、① 患者氏名、② 病院名(施設名)、③ カルテ番号・麻酔台帳番号、④ 生年月日ならびに⑤ 歯科麻酔科医および麻酔科医以外のスタッフ名(主治医名、執刀医名、介助医名、その他の医師・歯科医師名、看護師名、および歯科衛生士名等)の５項目については、完全に削除して下さい。これらの削除に際しては、マジックで塗りつぶすなどした後、再度コピーして透けて見えないようにするか、または予め付箋等で覆ってコピーするなどして、絶対に読み取れない状態にして下さい。患者個人が識別できる情報が含まれている電子データは受理できないことがありますのでご注意下さい。麻酔記録の複写が極端な低解像度や斜めになっているなど、不適切なコピーにより必要な情報が読み取れず、一覧表（様式 6-1）との照合が不可能な場合も受理できないことがあります。

なお、患者名を削除したスペースには、一覧表（様式 6-1）と対応する症例番号を必ず入力して下さい。

※提出する麻酔記録に記載の申請者の氏名が、旧姓になっている場合は、履歴書に旧姓も併せて記入して下さい。

2）「歯科医師の医科麻酔科研修のガイドライン」に則っていることの証明

申請症例は「歯科医師の医科麻酔科研修のガイドライン」に則って行われているもののみが有効です。 そのため、上記を証明する書類として、医科麻酔科研修登録システムの研修申し込み画面を印刷したものを提出して下さい。

その際、全ての研修は医科麻酔科研修システム上で研修指導者の承認を得ている必要があります。

また、当該の研修が中間報告予定日を過ぎている場合、既に終了している場合についても研修指導者の承認を得ている必要があります。

※「歯科医師の医科麻酔科研修のガイドライン」により、麻酔の責任担当者は、研修指導者であり、麻酔記録上の筆頭者となることが定められておりますが、研修先施設の都合上、研修歯科医師が筆頭者となる場合は、研修指導者による理由書も併せてご提出下さい。

この場合の「筆頭」とは、麻酔指導者の欄が別に設けられている場合や麻酔科医の氏名記入欄に指導者が分かるように記載されている場合も含みます。

8．専門医研修カリキュラムの評価シートおよび実技試験合格証明書の提出について

1）歯科麻酔専門医基本研修修了評価シートおよび歯科麻酔専門医研修修了実技評価シート（様式 7-1）

「基本研修」、「全身麻酔」、「静脈麻酔および精神鎮静法」、「全身管理」ならびに「救急蘇生」の 5 項目について歯科麻酔専門医基本研修修了評価シートおよび歯科麻酔専門医研修修了実技評価シートを用いて、歯科麻酔指導医による評価を受ける必要があります。

なお、研修内容証明書で証明された歯科麻酔学指導施設以外の施設での研修についても含めた評価が必要となります。歯科麻酔専門医研修修了実技評価シートの「研修施設」欄には、研修を行った全ての施設名をご記入下さい。

2）実技・シミュレータによる試験合格証明書（様式 7-2）

（1）の歯科麻酔専門医研修修了実技評価シートをもとに「全身麻酔」、「静脈麻酔および精神鎮静法」、「全身管理」ならびに「救急蘇生」の 4 項目について歯科麻酔指導医による合格証明を受ける必要があります。

9. 全身麻酔・全身管理症例　症例報告書（別紙 1-1）

専門医申請時の 500 症例の中から周術期管理において問題のあった症例（5 症例）について、別紙 1-1 に示す書式で A4 の用紙 1 枚にまとめ、麻酔チャートと共に提出して下さい。ただし、医科麻酔症例は認められません。これらの症例報告書をもとに口頭試問が実施されます。

麻酔記録の提出については、患者名を完全に消し、その部分には「全身麻酔・全身管理症例一覧表」と対応する症例番号を記入して下さい。また、周術期の合併症についてはできるだけ詳しく記入して下さい。

10. 疼痛治療症例　症例報告書（別紙 1-2）

疼痛治療症例を 500 例の申請時の症例とする場合は、その症例について、別紙 1-2 の示す文書を提出して下さい。なお、その文書に「症例のタイトル」と「考察」を付け加えることにより、（別紙 1-2）の症例報告書に代えられます。

11. AHA-ACLS プロバイダーコース受講修了証明書

申請する年の 5 年前の 11 月 1 日から申請する年の 10 月 31 日までに受講しているものが有効となります。AHA 認定 ACLS プロバイダーカード（Card：コース修了証）をダウンロードの上、A4 サイズの用紙に複写し提出して下さい。

12. 専門医審査申請料（払込控貼付用紙：様式 10）

専門医審査申請料（￥20.000）は、指定の銀行口座にお振込みいただき、その払込証明書の写しを貼付してご提出下さい。原本は控えとして保管して下さい。

13. 日本歯科麻酔学会認定医認定証（複写）

日本歯科麻酔学会認定医認定証の複写をお送り下さい。

14. その他

書類審査結果通知、受験票の発送、合否通知等の送付に使用しますので、返信用の宛名ラベル（シール状のもの）を 6 枚作成の上、提出書類に同封して下さい。

以上