

中華民國大腸直腸外科醫學會 函



立案證書字號：內政部台內社字第 9010354 號
地址：807 高雄市三民區自由一路 100 號
高雄醫學大學附設中和紀念醫院大腸直腸外科辦公室
電話：07-3122805
傳真：07-3314679
E-mail：scrstw@gmail.com
聯絡人：王思婷

受文者：如正本行文單位

發文日期：中華民國 109 年 1 月 03 日

發文字號：大腸直腸元字第 109001 號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：一、大腸直腸外科專科醫師訓練醫院規定條件一頁(106 年 6 月 10 日修訂)。

二、專科醫師訓練醫院申請表一頁(106 年 6 月 10 日修訂)。(可至學會網頁下載)

主旨：中華民國大腸直腸外科醫學會「專科醫師訓練醫院」列報訓練概況，敬請 查照 惠復。

說明：

- 一、依本學會認定之「大腸直腸外科專科醫師訓練醫院規定條件」規定，凡審查合格之訓練醫院，**109 年 2 月 26 日 (三)** 前須向本學會提出申請表列報訓練概況，俾利本學會得繼續評估 貴院為訓練醫院之資格。
- 二、請各訓練醫院務必配合：今年度之專科醫師訓練醫院列報訓練概況審核，需於報備同時備齊所有必要條件，不再接受補件。以維持本學會優質之訓練環境及維護所有考生之權益。
- 三、中華民國大腸直腸外科醫學會認定之大腸直腸外科專科醫師訓練醫院，**新申請期間 109 年 1 月 1 日至 2 月 7 日 (以郵戳為憑)**，以上如未盡詳細之處，請洽學會秘書處。

正本：國立台灣大學醫學院附設醫院、臺北榮民總醫院、臺中榮民總醫院、高雄榮民總醫院、財團法人台灣基督長老教會馬偕紀念社會事業基金會馬偕紀念醫院及其淡水分院、三軍總醫院、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院、長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院、長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院、彰化基督教醫院、高雄醫學大學附設中和紀念醫院、中國醫藥大學附設醫院、國立成功大學醫學院附設醫院、長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院、奇美醫療財團法人奇美醫院、台北醫學大學附設醫院、臺北市立萬芳醫院-委託財團法人臺北醫學大學辦理、衛生福利部雙和醫院(委託臺北醫學大學興建經營)、振興醫療財團法人振興醫院。

理事長 王照元

中華民國大腸直腸外科醫學會認定之大腸直腸外科

專科醫師訓練醫院規定條件

76年2月修訂
84年5月修訂
87年11月修訂
90年6月修訂
91年5月修訂
92年3月修訂
106年6月10日修訂

◇ 醫院部份

- 一、衛生署審定合格之區域教學醫院或以上，設有大腸直腸外科專門科別者。
- 二、由專任醫師開設大腸直腸外科專科門診每週至少三次。
- 三、大腸直腸外科專用病床至少十床。
- 四、每年度1月~12月，以該訓練醫院之大腸直腸外科醫師(受訓醫師或本會會員)為第一作者或通訊作者之論文；平均至少發表二篇大腸直腸外科相關領域之正式期刊論文(Original Article or Full Article)於醫學學術性雜誌(同儕審查期刊)，其中一篇應發表於本學會雜誌。若當年無發表者，可以使用前一年未曾提報之論文。
- 五、每一醫院每年度最多訓練二名專科住院醫師。
 1. 訓練一名專科住院醫師所需具備條件：由專任醫師施行大腸直腸外科病例每年至少 450 例，並有病理檢驗報告，其中大腸直腸手術至少 150 例，肛門手術至少 300 例。乙狀結腸鏡為住院常規檢查，診斷性及治療性大腸鏡檢查每年至少 300 例。
 2. 訓練二名專科住院醫師所需具備條件：由專任醫師施行大腸直腸外科病例每年至少 750 例，並有病理檢驗報告，其中大腸直腸手術至少 250 例，肛門手術至少 500 例。乙狀結腸鏡為住院常規檢查，診斷性及治療性大腸鏡檢查每年至少 500 例。
- 六、訓練醫院需具備肛門壓力測試設備且有實際操作。

◇ 人員部份

- 一、專任大腸直腸外科專科醫師至少二名，均需為本學會會員；其中一名擔任訓練計劃主持人，需具備教育部核定至少講師以上資格，或取得本學會專科醫師資格至少滿五年且實際從事大腸直腸外科醫療業務。
- 二、專任大腸直腸外科專科醫師每二名每年可訓練一名住院醫師。至少有四名專科醫師且手術病例數達學會規定數目者才能訓練第二名住院醫師。

◇ 申請及審核

- 一、初次申請審核者，當年度元月初，向本學會提出申請表，列報訓練概況，審查時並提出入院登記冊、手術登記冊及病理報告副本備查；以利學會得繼續評估其為訓練醫院之資格，必要時學會得派員訪視醫院以瞭解實際運作情形。
- 二、專科訓練醫院核備資料之統計，以每年度元月初至十二月底為基準，於每年度元月初開始提出申請，四月底由醫學會核定公佈，並通知各會員。
若因故無法符合本規定之訓練醫院，需於一年之內改善，否則將予以暫停該訓練醫院資格。

中華民國大腸直腸外科醫學會 專科醫師訓練醫院申請表

醫院名稱：_____ 填寫日期：__年__月__日 聯絡人：_____

地址：() _____ 電話：_____ E-mail：_____

一、衛生福利部教學醫院審定資格【請隨附衛生福利部核發證明】

等級	審定字號	審定日期
----	------	------

二、大腸直腸外科專科門診

每週次數	每次應診醫師平均數
	每次應診病例平均數

三、大腸直腸外科專科病床數

計	床	佔全院病床數之	%
---	---	---------	---

四、大腸直腸外科論文【請隨附論文抽印本】

--

*最近兩年內發表兩篇原著論文 (至少一篇為本學會雜誌)。

五、大腸直腸外科病例統計

住院總數	平均住院日數	大腸鏡檢查次數	Colon & Rectum	Anus
			1. Colon cancer _____	1. Anal cancer _____
			2. Rectal cancer _____	2. Hemorrhoid _____
			3. Diverticular disease _____	3. Fistula _____
			4. Others _____	4. Others _____

六、大腸直腸外科專科醫師

專任人數		姓名		兼任人數		姓名	
		編號				編號	

七、大腸直腸外科住院醫師訓練

專科住院醫師姓名	1.	訓練期間	1.	聯絡電話及 E-mail	1.
	2.		2.		2.
聯絡地址	1.				
	2.				

*僅上列專科住院醫師得參加專科醫師甄審

八、上列資料全部屬實無誤

大腸直腸外科主任簽章 _____

醫院負責人簽章 _____