病歴要約提出症例記録

様式1-17-1

研修医氏名：

要約No．

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 記入欄 |
| 要約No |  |
| 症例No |  |
| 施設No |  |
| 施設名称 |  |
| 初診年月日（西暦） |  |
| 手術年月日（西暦） |  |
| 年齢 |  |
| 性別 |  |
| 患側 |  |
| 利き手 |  |
| 診断名 |  |
| 手術名 |  |
| カリキュラムコード |  |
| 対応疾患名 |  |
| 申請者が追跡しえた期間 |  |
| 転帰 |  |
| 指導専門医No |  |
| 指導専門医氏名 |  |

【記入上の注意】

* この病歴要約提出症例記録は10症例提出し，手術記録のコピーを添付すること．同一疾患が重複しないよう配慮すること．うち5症例以上は指導専門医のもとでおこなった手術であり，署名欄に，指導専門医の署名，捺印を必要とする．
* 申請者が術後経過観察を6ヶ月以上行った症例であること（最終経過観察時を明示するカルテのコピー，画像資料を添付すること）
* 病歴要約の作成，診療記録，手術記録，画像資料等の提出において，患者氏名や医療機関内IDの塗りつぶしなど，個人情報保護に努めること．医療機関名については資料に記載されている場合，塗りつぶさず残しておくこと．画像が貼付できない場合は，詳細な図を作成して貼付すること．
* 指導専門医Noは様式1-5指導専門医一覧表のNoを記載すること
* 不明な点がある場合，申請者あるいは指導専門医に具体的な問い合わせを行う場合があります．

指導専門医　署名欄

　　　　この症例は，私の指導のもと診断，治療が行われたものであり，この病歴要約は，

診療録に基づき正確に作成されていることを点検，確認しました．

年　　　　月　　　　日

　署名

**Ⅰ．診断**

1. 主訴

様式1-17-2

研修医氏名：

要約No．

1. 現病歴
2. 既往歴
3. 家族歴
4. 初診時所見
5. 主たる臨床検査結果とその解釈
6. X線像その他画像の解釈と診断結果
7. 上記から推定できる病態とその根拠

**Ⅱ．治療**

様式1-17-3

研修医氏名：

要約No．

　1）治療計画とinformed consent

　2）実施した保存的治療

　3）実施した手術的治療（手術記録のコピーを添付のこと）

　4）実施したリハビリテーション

　5）治療経過と成績（最終経過観察時を明示するカルテのコピー，画像資料を添付のこと）

様式1-17-4

研修氏名：

要約No．

**Ⅲ．考察**

1. 診断の根拠（鑑別すべき疾患と比較して理論立てて記載すること）
2. 治療内容（他に考えられる治療法についても言及すること）
3. この症例から学んだこと，あるいは反省すべき点

**Ⅳ．画像など**

参考とすべき画像などを貼付のこと（必要に応じ説明を記載）

様式1-17-5

研修氏名：

要約No．