日本産科婦人科内視鏡学会技術認定制度

子宮鏡 様式１号

平成　　年　　月　　日

**技術認定申請書・履歴書**

**（子宮鏡下手術）**

写真貼付箇所

１．最近6か月以内の単身胸から上

２．写真の裏面に鉛筆で氏名を記入のうえ、貼付してください。

一般社団法人 日本産科婦人科内視鏡学会

理事長　　　　　　　 殿

**日本産科婦人科内視鏡学会の技術認定を下記の手技にて受けたく、審査料を添えて申請します。**

|  |  |
| --- | --- |
| ふ　　り　　が　　な申請者氏名 |  |
| 専門医認定番号 |  | 日本産科婦人科内視鏡学会入会年度 | 昭和・平成　　年 |
| 生　年　月　日 | 昭和　　　年　　　月　　　日 | 性　　　別 | 男　・　女 |
| 現　　住　　所 | 〒電話（　　　）　　　－　　　　 |
| 勤務施設名 |  |
| 同　所　在　地 | 〒電話（　　　）　　　－　　　　 |
| 医師免許証 | 第　　　　　　　　　　　号　　昭和・平成　　年　　月　　日 登録 |
| 出身校・卒業年 |  | 昭和・平成　　年 |
| **調査普及アンケート****回答年度のチェック** | 申請年から過去5年間の実績 |
| 回答年度 | 未回答年度 |
|  |  |

**調査普及アンケートに回答していない場合は原則として申請できません**

審　査　料

※

|  |
| --- |
| 委　員　会 |
| 受付日時 | 受付番号 | 審査結果 |
| ※ | ※ | ※ |

※印の箇所は委員会記入

**研修履歴**

子宮鏡 様式２号

|  |  |
| --- | --- |
| 研修実施年月 | 研修施設及び場所 |
| 　　　年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 |  |

日本産科婦人科内視鏡学会技術認定制度

子宮鏡 様式第３号―

内視鏡手術実績一覧

注１：症例は主として子宮粘膜下筋腫としますが、子宮内膜ポリープは最大15例まで含めることができます。

注2 :MEAは手術実績として認められません

氏名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | カルテ番号 | 施 設 名 | 日 付 | 内視鏡手術名 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | カルテ番号 | 施 設 名 | 日 付 | 内視鏡手術名 |
| 26 |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |
| 41 |  |  |  |  |
| 42 |  |  |  |  |
| 43 |  |  |  |  |
| 44 |  |  |  |  |
| 45 |  |  |  |  |
| 46 |  |  |  |  |
| 47 |  |  |  |  |
| 48 |  |  |  |  |
| 49 |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |

日本産科婦人科内視鏡学会技術認定制度

子宮鏡 様式第３号―

内視鏡手術関係の学会発表一覧

氏名：

|  |
| --- |
| 発表題名、発表者名、学会名（開催地、年月日） |
| 発表題名：学会名（主催団体）：　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）発表者名：開催地、年月日：　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日） |
| 発表題名：学会名（主催団体）：　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）発表者名：開催地、年月日：　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日） |
| 発表題名：学会名（主催団体）：　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）発表者名：開催地、年月日：　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日） |
| 発表題名：学会名（主催団体）：　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）発表者名：開催地、年月日：　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日） |
| 発表題名：学会名（主催団体）：　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）発表者名：開催地、年月日：　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日） |

日本産科婦人科内視鏡学会技術認定制度

子宮鏡 様式第３号―

内視鏡手術関係の研究論文一覧

氏名：

|  |
| --- |
| 著者名（全員）、論文題名、雑誌名、年；巻：頁―頁 |
| 論文題名：著者名（全員）：雑誌名（年；巻：頁―頁）**査読の有無：有・無** |
| 論文題名：著者名（全員）：雑誌名（年；巻：頁―頁）**査読の有無：有・無** |
| 論文題名：著者名（全員）：雑誌名（年；巻：頁―頁）**査読の有無：有・無** |
| 論文題名：著者名（全員）：雑誌名（年；巻：頁―頁）**査読の有無：有・無** |
| 論文題名：著者名（全員）：雑誌名（年；巻：頁―頁）**査読の有無：有・無** |

日本産科婦人科内視鏡学会技術認定制度

子宮鏡 様式第３号―

動画添付用

症例レポート（**申請用**）

|  |  |
| --- | --- |
| ふ　り　が　な |  |
| 申請者氏名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 症例 | 症例動画使用に関するインフォームドコンセント |  |
| イニシャル | 年齢 |
|  |  | 同意 有　　　同意 無 |
| 手　術　年　月 | 手　術　時　間 | 出　血　量 |
| 年　　　月 | 時間　　　分 | 　　　　　　ｍｌ |
| 診　断　名 | 術　式　名 |
|  |

**注：申請手術が子宮鏡の場合には、原則として子宮粘膜下筋腫切除術を行なった症例とし、長径が２ｃｍ以上であることが推奨され、症例レポートに追加の資料が必要です。ご注意ください。**

私は申請者本人が術者として症例の内視鏡手術を担当している事を証明します。

所属・職

氏名

日本産科婦人科内視鏡学会技術認定制度

子宮鏡 様式第３号―

動画添付用

症例レポート（**審査用**）

2枚（コピー可）提出下さい

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 症例 | 症例動画使用に関するインフォームドコンセント |  |
| イニシャル | 年齢 |
|  |  | 同意 有　　　同意 無 |
| 手　術　年　月 | 手　術　時　間 | 出　血　量 |
| 年　　　月 | 時間　　　分 | 　　　　　　ｍｌ |
| 診　断　名 | 術　式　名 |
|  |

**注：申請手術が子宮鏡の場合には、原則として子宮粘膜下筋腫切除術を行なった症例とし、長径が２ｃｍ以上であることが推奨され、症例レポートに追加の資料が必要です。ご注意ください。**

**申請手術が子宮鏡の場合には以下内容を症例レポート追加資料として添付・記載してください。**

**申請手術が子宮鏡の場合の追加書類**

1. **病変部所見　子宮鏡写真あるいは図示（次頁に添付または図示してください）**
2. **病変部所見　超音波検査あるいはMRIの画像（次頁に添付ください）**
3. **子宮頸管の拡張の有無**

有・無

**有の場合には、以下へ術前の処置（子宮頸管軟化・拡張など）の方法を記載**

**4. 林氏鉗子などの使用**

有・無

**有の場合には、使用した回数：　　　　回**

**5. 症例などによって指定された観察部位が確認できない部位の有無**

有・無

**有の場合には、その旨を記載してください。**

**6. 術中、術後のモニタリング超音波検査あるいは腹腔鏡の静止画像（次頁に添付ください）**

**7. 灌流液の使用量と回収量**

**灌流液の名称 ウロマチック 生食**

**使用量 ml**

**回収量 ml**

**8. 子宮粘膜下筋腫の摘出重量 　　　　　　　　　g**

**9. 使用機器の名称**

**・**

添付（図示、画像、写真）

1. **病変部所見　子宮鏡写真あるいは図示（次頁に添付または図示してください）**
2. **病変部所見　超音波検査あるいはMRIの画像（次頁に添付ください）**
3. **術中、術後のモニタリング超音波検査あるいは腹腔鏡の静止画像（次頁に添付ください）**