子宮鏡 様式第１号

　　年　　月　　日

**技術認定申請書・履歴書**

**（子宮鏡手術）**

一般社団法人 日本産科婦人科内視鏡学会

理事長殿

|  |  |
| --- | --- |
| **事前申請登録番号** |  |
| **氏名** |  |
| **所属（勤務先）** |  |

**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。**

※なお、私（申請者名自署）　　　　　　　　　　は、本技術認定申請を提出するにあたり、症例レポートの手術患者に対し、個人情報を保護した上で、技術審査を含む学術および医療活動に使用する場合があることを十分説明し同意を得ました。（本署名がない場合審査は受け付けません）

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

子宮鏡 様式第２号

**研修履歴（申請者所属施設の履歴）**

**※産婦人科専門医認定後の研修のみ記載ください。規定の研修期間以上の記載は任意です。**

|  |  |
| --- | --- |
| 研修実施年月 | 研修施設 |
| 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 |  |

**産婦人科専門医認定日**

**※初回認定開始から2年経っていないと申請はできません。日本産科婦人科学会HP会員ページ参照。**

|  |  |
| --- | --- |
| 機構専門医 | 年　　　月　　　日 |
| 学会認定医 | 年　　　月　　　日（無い場合は記載不要） |

**研修履歴**

**※技術認定申請において、学会発表および論文の代替になるもの（技術認定規則第14条参照）のみ記載すること**

|  |  |
| --- | --- |
| 研修実施年月日 | 研修会および講習会 |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |

子宮鏡 様式第３号

内視鏡手術実績一覧

注：子宮鏡下子宮粘膜下筋腫摘出術を25例以上含めること。MEAは手術実績として認められない。

カルテ番号下2桁はXXのように伏せ字にすること。

氏名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | カルテ番号 | 施 設 名 | 年/月 | 子宮鏡手術名 |
| 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 |  |  |  |  |

子宮鏡 様式第３号

氏名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | カルテ番号 | 施 設 名 | 年/月 | 子宮鏡手術名 |
| 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 |  |  |  |  |

**私は申請者本人が以上の症例の内視鏡手術を担当している事を証明します。（※現所属上長の署名必須）**

所属・職　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　（自署）

子宮鏡 様式第３号

内視鏡手術関係の学会発表一覧

※重複発表のないようご留意ください。

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） |

子宮鏡 様式第３号

内視鏡手術関係の研究論文一覧

※査読有り論文のみ技術認定申請要件の対象になります

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） |
| 論文題名：  著者名（全員）：  雑誌名（年；巻：頁―頁） |
| 論文題名：  著者名（全員）：  雑誌名（年；巻：頁―頁） |
| 論文題名：  著者名（全員）：  雑誌名（年；巻：頁―頁） |
| 論文題名：  著者名（全員）：  雑誌名（年；巻：頁―頁） |

子宮鏡 様式第３号

症例レポート（**申請用**）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な | |  | | | | | | |
| 申請者氏名 | |  | | | | | | |
| 事前申請  登録番号 | 患者  年齢 | | カルテ番号  （下2桁伏せ字） | | | 手術年月 | | 将来的  妊娠希望 | | 術前頸管拡張の有無 |
|  |  | |  | | | 年　　　月 | | 有・無 | | 有（使用器具：　　　　）  無 |
| 手術時間 | | | | 灌流液使用量/回収量 | | | 使用灌流液(○をつける) | | | 術前投与薬の有無  ※有の場合使用薬剤名 |
| 時間　　　分 | | | | mL  /　　　　　mL | | | ウロマチック・生食 | | | 無・有（　　　　　） |
| 林氏鉗子または胎盤鉗子などの使用：有・無　　　 有の場合使用した回数：　　　　回 | | | | | | | | | | |
| 術中・術後の子宮穿孔予防のためのモニタリング方法：超音波断層法・腹腔鏡・その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 最大病変の子宮内腔突出率  ※術前1ヶ月前時点で測定するが方法は問わない　FIGO分類に◯をつける | | | | | | | 最大病変の長径  ※術前1ヶ月前時点でのTVSまたはMRIで測定 | | | |
| ％（FIGO分類 L0・L1・L2） | | | | | | | ｍｍ | | | |
| 診断名 | | | | | | | 術式名  子宮鏡下子宮筋腫摘出術 | | | |
| 手術適応  （例：過多月経、不妊症の治療　など　複数あれば複数記載） | | | | | | | | | | |
| 手術要約　※手術に至った経緯、術中の操作などについて記載（動画との齟齬がないよう留意）  【現病歴】  【術中経過】  【術後経過】  ※バゾプレシンなどの子宮筋腫血流を減少させる薬剤の使用があれば、薬物名、濃度・使用量、投与経路について記載すること | | | | | | | | | | |
| 摘出子宮筋腫重量  　　　　　　　　ｇ | | | | | 病理診断 | | | | | |

**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。**

**（手術に参加した助手＜医師＞・麻酔科医・看護師・臨床工学技士のうち1名）**

**所属・職　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　（自署）**

注1：摘出検体は必ず最終的な病理診断を記載すること。申請期間に結果が間に合わない場合には、申請後1ヶ月以内に事務局へ追加報告をしないと書類不備とみなします。

注2：申請手術における子宮粘膜下筋腫は長径が2cm以上であることが推奨され、症例レポートに画像などの追加資料の記載が必要ですのでご注意ください。