ロボット手術 様式第１号

　　年　　月　　日

**ロボット手術技術認定申請書**

**（腹腔鏡手術技術認定なし）**

一般社団法人 日本産科婦人科内視鏡学会

理事長殿

|  |  |
| --- | --- |
| **本法人腹腔鏡技術認定** | **なし** |
| **日本婦人科ロボット手術学会認定プロクター資格** | **あり（良性・悪性）・なし** |
| **氏名** |  |
| **所属（勤務先）** |  |

日本産科婦人科内視鏡学会のロボット手術技術認定を受けたく申請します。

（申請者名自署）

（本署名がない場合審査は受け付けません）

審　査　料

※無料

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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（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 |  |

ロボット手術 様式第２号

ロボット手術実績一覧

注：日本婦人科ロボット手術学会プロクター資格所有者は提出不要。カルテ番号下2桁は伏せ字（例 XX）にする。執刀は症例の大半を行った場合とする。

氏名　　　　　　　　　　　　　（合計　執刀　　　　例/助手　　　　例）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | カルテ番号 | 施 設 名 | 執刀・助手  区分 | 年/月 | 手術名（略語不可） |
| 1 |  |  | 執 | / |  |
| 2 |  |  | 執 | / |  |
| 3 |  |  | 執 | / |  |
| 4 |  |  | 執 | / |  |
| 5 |  |  | 執 | / |  |
| 6 |  |  | 執 | / |  |
| 7 |  |  | 執 | / |  |
| 8 |  |  | 執 | / |  |
| 9 |  |  | 執 | / |  |
| 10 |  |  | 執 | / |  |
| 11 |  |  | 執 | / |  |
| 12 |  |  | 執 | / |  |
| 13 |  |  | 執 | / |  |
| 14 |  |  | 執 | / |  |
| 15 |  |  | 執 | / |  |
| 16 |  |  | 執 | / |  |
| 17 |  |  | 執 | / |  |
| 18 |  |  | 執 | / |  |
| 19 |  |  | 執 | / |  |
| 20 |  |  | 執 | / |  |
| 21 |  |  | 執・助 | / |  |
| 22 |  |  | 執・助 | / |  |
| 23 |  |  | 執・助 | / |  |
| 24 |  |  | 執・助 | / |  |
| 25 |  |  | 執・助 | / |  |

ロボット手術 様式第２号

氏名　　　　　　　　　　　　　（合計　執刀　　　　例/助手　　　　例）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | カルテ番号 | 施 設 名 | 執刀・助手  区分 | 年/月 | 手術名（略語不可） |
| 26 |  |  | 執・助 | / |  |
| 27 |  |  | 執・助 | / |  |
| 28 |  |  | 執・助 | / |  |
| 29 |  |  | 執・助 | / |  |
| 30 |  |  | 執・助 | / |  |
| 31 |  |  | 執・助 | / |  |
| 32 |  |  | 執・助 | / |  |
| 33 |  |  | 執・助 | / |  |
| 34 |  |  | 執・助 | / |  |
| 35 |  |  | 執・助 | / |  |
| 36 |  |  | 執・助 | / |  |
| 37 |  |  | 執・助 | / |  |
| 38 |  |  | 執・助 | / |  |
| 39 |  |  | 執・助 | / |  |
| 40 |  |  | 執・助 | / |  |
| 41 |  |  | 執・助 | / |  |
| 42 |  |  | 執・助 | / |  |
| 43 |  |  | 執・助 | / |  |
| 44 |  |  | 執・助 | / |  |
| 45 |  |  | 執・助 | / |  |
| 46 |  |  | 執・助 | / |  |
| 47 |  |  | 執・助 | / |  |
| 48 |  |  | 執・助 | / |  |
| 49 |  |  | 執・助 | / |  |
| 50 |  |  | 執・助 | / |  |

**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）

ロボット手術 様式第３号―1

内視鏡およびロボット手術に関する学会発表一覧

|  |
| --- |
| 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） |
| 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） |

内視鏡およびロボット手術に関する論文一覧

|  |
| --- |
| 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 |
| 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 |

※査読有り論文のみ申請要件対象。共著可。

ロボット手術　様式第3号４

症例レポート（**申請用**）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事前申請番号 | 患者年齢 | カルテ番号  （下2桁伏せ字） |
|  | 歳 |  |
| 手　術　年　月 | 手　術　時　間 | 術中出血量および摘出検体総重量 |
| 年　　　月 | 時間　　　分 | mL　/　　　　g |
| 診　断　名 | | 使用機器と方法（1および2に各○をつける）  1）機器（da Vinci S/Si/X/Xi、hinotori ）  2）ダブルバイポーラ（あり、なし） |
| 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】 | | |
| 最終病理診断注1 | | |

注1：最終的な病理診断は遅くとも申請後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す。子宮体癌は進行期分類がⅠA期（FIGO2018）かつ術前2か月以内のMRIで長径2㎝以下（要添付）のみ可とする。

注2：申請術式としては子宮全摘術のみが対象（仙骨腟固定術は不可）。