子宮鏡 様式第４号

　　年　　月　　日

**技術認定（更新）申請書・履歴書**

**（子宮鏡手術）**

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。**

※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）

|  |  |
| --- | --- |
| 申請登録番号 | ※動画審査免除の場合は不要 |
| 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 | 　年 |
| 生　年　月　日 | 　　　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　　　　　　　　　　年　　月　　日 登録 |
| 出身校・卒業年 |  | 　　年 |
| **調査普及アンケート****回答年度チェック注** | 更新申請年から過去5年間の実績 |
| 回答年度 | 未回答年度 |
|  |  |

**注**　**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日本産科婦人科内視鏡学会技術認定制度

子宮鏡 様式第５号

臨床実績・学会参加実績

**臨床実績**

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床従事期間 | 臨床施設名 |
| 　　　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 |  |

**学会参加実績**

|  |  |
| --- | --- |
| 学会参加年月日 | 参加学会名 |
| 年　月　日～　月　日 |  |
| 年　月　日～　月　日 |  |
| 年　月　日～　月　日 |  |
| 年　月　日～　月　日 |  |
| 年　月　日～　月　日 |  |
| 年　月　日～　月　日 |  |
| 　　年　月　日～　月　日 |  |
| 年　月　日～　月　日 |  |
| 年　月　日～　月　日 |  |
| 年　月　日～　月　日 |  |

子宮鏡 様式第６号―

内視鏡手術実績一覧

注：MEAは手術実績として認められない。

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 |  |  |  |  |

**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６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６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６-４号

動画添付用

症例レポート（**申請用**）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な |  | 事前申請登録番号 |
| 申請者氏名 |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者イニシャル | 患者年齢 | 将来的妊娠希望 | 患者の動画使用に関するIC | 手術年月 |
|  |  | **有　無** | **同意　有・無** | 年　　　月 |
| 手　術　時　間 | 灌流液使用量 | 灌流液回収量 | 使用液に○をつける |
| 時間　　　分 | 　　　　ｍｌ | 　　　　　　ｍｌ | ウロマチック・生食 |
| 診　断　名 | 術　式　名 |
| 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） |
| 頸管拡張の有無：有・無　　　　　　　　　　　　　 有の場合術前処置法： |
| 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（　　　　　　） |
| 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 |
| 摘出検体有・無 | 摘出子宮筋腫重量　　　　　　　　ｇ | 病理診断 |

**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：申請手術は子宮鏡下子宮粘膜下筋腫摘出術とし、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資料の記載が必要ですのでご注意ください。**

**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。**

**（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）

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |