|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例詳細報告書 |  | 申請者名 |  |  |

症例 No.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 診療録番号 |  |
| 診断名 |  | 手術の有無  （〇で囲む） | あり　　　なし |
| 年齢 | 歳 | 性　別  （〇で囲む） | 男　　　　女 |
| 診療期間  （西暦） | 年　　　　　月　　～　　　　　　年　　　　　月 | | |

〔記入上の注意〕

・各項目はできるだけ簡潔明瞭に、読み易く記載してください．

・所見は初診時のものとし、主な陽性所見に絞って記載してください．

・患者を特定できるような氏名、生年月日、居住地などは記載しないでください．

・保存的治療のみを行った症例については、手術術式と実施日の記載は不要です．

・用紙が足りない場合は、追加しても構いません．

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症例 No. |  | 申請者名 |  |

Ⅰ．診断

　１）主訴：

　２）現病歴：

　３）既往歴：

　４）身体所見：

　５）検査所見：

　６）画像所見：

Ⅱ．治療

１）保存的治療の内容と期間：

２）手術実施例の場合、術式と実施日：

３）治療経過：