症例一覧の作成に関する手引き

母性内科診療プロバイダー制度は、母性内科学に関する十分な学識と経験を有する医療従事者を認定することで、わが国における母性内科学の研究、教育、診療の水準を向上発展させることを目的としています。

以下のガイダンスに従って症例一覧を作成し、ご提出くださいますようようお願いいたします。

**１．指導責任者について**

指導責任者は母性内科学会の会員である必要はございませんが、提出分野における専門医であることが望ましいです。ただし、指導責任者を記載することが難しい場合は、この限りではありません。

**２．診断名について**

今回のプロバイダー資格において、認定を希望する分野に関連した病名を主病名としてください。　なお、病名は主病名から順に1～3つほど挙げてください。

**３．病歴及び経過の記述について**

（１）先の診断名に関した病歴の経過がわかるように記述してください。症例を考察する上で必要と考

えられる副病名やその他の合併症、精神的・社会的に解決が必要な課題などがあれば、適宜言及してください。なお、過去の妊娠出産歴、既往歴、家族歴、生活歴、検査結果など全てを網羅する必要はなく、臨床経過や考察を述べるうえで必要と思われる情報を要領よく記述してください。

（２）患者の個人情報につながるような、紹介元の施設名や、医師名などの記載は避け、「近医」、「前医」

という表現に置き換えてください。

（３）症例の臨床経過について、妊娠が主病名に及ぼした影響、主病名が妊娠に及ぼした影響、診断

のための検査や治療薬を選択するうえで母児への配慮を要した過程、妊娠転帰、産科と内科など　各診療科との間や多職種を交えたカンファレンスなどの協議内容について、わかりやすく記述してください。

（４）経過の記述方法について様式は問いません。プロブレムリストに沿って記述するか、時系列順に記述してください。

**４．考察について**

主病名を中心に、妊娠との関連や、妊娠という特殊状況を加味した診断や治療方針の妥当性など、総合的に記述してください。複数のプロブレムがあるときはそれぞれの関係性を考察してください。また症例の治療方針の決定において、精神的・社会的側面が大きく影響している場合は、その視点からの考察を含めてください。

**５．参考文献について**

医中誌、Pubmedなどで検索可能な医学雑誌または学術書に掲載されたものから引用するようにしてください。その場合の引用形式は「著者名. 雑誌名 年; 号: 頁」とします。なお、Web媒体の引用に関しては、各学会や厚生労働科学研究班などから出されたガイドラインなどに限り引用を認めます。引用形式は「●●学会編：●●ガイドライン. ◎◎学会HP」としてください。

**６．その他の注意点について**

特に字数制限は特に設けておりませんが、A4 で印刷した際に紙面の80％以上を埋めていることが

望ましいです。長くてもA4 2ページ以内に収まるようにお願いいたします。

日本母性内科学会プロバイダー

資格認定 申請書

　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　月　　日

日本母性内科学会プロバイダー資格の認定を受けたく、審査料を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ　　り　　が　　な  申請者氏名 |  | | |
| 申請者氏名ローマ字表記 |  | | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　月　　日 | 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 現住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　）　　　－ | | |
| 勤務施設名  （所属科名までご記載ください） |  | | |
| 同所在地 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　）　　　－ | | |
| E-mail アドレス |  | | |
| [看護師・助産師・薬剤師・管理栄養士]免許証 ・いずれか選択し他は消去 | 第　　　　　　　　　　　号　　　昭和・平成　　　年　　月　　日登録 | | |
| 出身校・卒業年 |  | | 昭和・平成　　　　　年 |
| 申請する母性内科 専門領域  ・いずれか選択し□で囲む | 1. 看護師 2. 助産師 3. 薬剤師 4. 管理栄養士 | | |

**履歴書**

ふりがな

**申請者名**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **学　　　　　　　歴** | | |
| 大　学　名 | 年　　　　月　　卒業 | |
| 大　学　院　名 | 年　　　　月　　修了 | |
| 学　位 | 年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　大学 | |
| **職　　　　　　　歴** | | |
| 期間  (西暦でご記入ください) | 勤務施設名および所属科 | 業務内容  (母性内科の診療に従事したことの有無) |
| 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〜  　　より現在に至る |  |  |

症例1.

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |
| 研修施設名 |  |
| 指導責任者氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 該当する専門領域  【該当領域を○で囲う】 | 1) 循環器疾患　2) 血液疾患　3) 腎疾患　4) 肝疾患　5) 呼吸器疾患　 6) 内分泌・代謝疾患　7) 自己免疫疾患　8) 消化器疾患　9) 神経疾患　 10) 精神疾患 |
| 診　断　名 | ＃1.  ＃2. |
| 診療担当期間 | 年　　月　　　～　　　年　　月 |
| 病　歴：  経　過：  考　察：  参　考　文　献： | |

症例2.

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |
| 研修施設名 |  |
| 指導責任者氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 該当する専門領域  【該当領域を○で囲う】 | 1) 循環器疾患　2) 血液疾患　3) 腎疾患　4) 肝疾患　5) 呼吸器疾患　 6) 内分泌・代謝疾患　7) 自己免疫疾患　8) 消化器疾患　9) 神経疾患　 10) 精神疾患 |
| 診　断　名 | ＃1.  ＃2. |
| 診療担当期間 | 年　　月　　　～　　　年　　月 |
| 病　歴：  経　過：  考　察：  参　考　文　献： | |

症例3.

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |
| 研修施設名 |  |
| 指導責任者氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 該当する専門領域  【該当領域を○で囲う】 | 1) 循環器疾患　2) 血液疾患　3) 腎疾患　4) 肝疾患　5) 呼吸器疾患　 6) 内分泌・代謝疾患　7) 自己免疫疾患　8) 消化器疾患　9) 神経疾患　 10) 精神疾患 |
| 診　断　名 | ＃1.  ＃2. |
| 診療担当期間 | 年　　月　　　～　　　年　　月 |
| 病　歴：  経　過：  考　察：  参　考　文　献： | |

研修取得単位一覧表

氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 単位を取得した研修名等：  ①母性内科学会総会での発表：  a) 筆頭演者：10単位  b) 共同演者： 5単位  ②母性内科学会総会への参加：5単位/回  ③母性内科プロバイダー講習履修：5単位/回  ・①(a または b), ②または③の単位取得方法を記載してください。  ・学会名またはプロバイダー講習会名と、その開催地・開催日を記載してください。  ・①の場合、発表演題名、発表者名（申請者の名前に〇を付ける）を記載してください。 | 取得単位数 |
| ＜例＞  ①-a)  第7回日本母性内科学会　東京国際フォーラム　2022年7月17日  高血圧と妊娠合併症  〇東京　花子、茨城　二郎、千葉　京子 | 10  単位 |
|  | 単位 |
|  | 単位 |
|  | 単位 |
|  | 単位 |
|  | 合計  単位 |

＊ページが足りない場合は適宜増やしてご記載ください。