

# 症例レポート提出時における注意点

必須の症例レポートとして提出するものについては特に、必ず以下の点についてご留意ください。

- ・ **診断名、主訴、現病歴、入院経過**のいずれかの中に、必ず**必須の診断名または症状**を入れてください。
- ・ **必須の診断名または症状**が記入してある箇所に**マーカーで線を引いてください**。
- ・ **指導医の評価・氏名**が記載されているものを提出してください。
- ・ **長大病院研修時、当院電子カルテから出力した以外の形式**（ex未退院症例や外来症例のため、自分の形式でレポートを作成したもの等）のレポートの場合は、**直接指導医のサイン**をもらってください。
- ・ **協力病院研修時のレポート**についても、**承認した指導医の氏名の記載**を明確にしておいてください。

## 初期研修の間に経験した 症例レポートの保存について

将来的に、専門医受験の際に初期研修中に経験した症例のレポートが必要になってくる場合があります。

レポート提出症例以外のものも含めて、**初期研修中に経験した症例は、個人情報を消した状態で、自分で管理保存しておくことをお勧めします！**

特に、大学病院の場合、いったん、外の病院に出してしまうとIDが消されるため、自分の名前で電子カルテにログインすることや担当症例を検索することができなくなります。

Aコースの人は、1年目（大学病院にいる間）の最後に1年間担当した症例のサマ리를CDに抽出してもらっておいてください。

# 長崎大学病院 卒後臨床研修 病歴要約評価基準

	症例提示	記載内容基準	考察	その他
<b>A+</b>	各領域(基本領域)の専門医サマリとして提出可能な水準	病歴、既往歴、生活歴、家族歴、入院時現症(対象の疾病・病態で必要と思われる身体所見を満たす)、検査結果(結果のコピーではなくサマリ様式で単位を含めて記載)、入院後経過(プロブレム毎がベター)、文献を引用した考察	各領域の専門医サマリとして提出可能(原著論文やガイドラインを参照した考察)	薬品名は全て一般名で記載
<b>A</b>	対象の疾病・病態のアセスメントが十分にされている	病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン(診断、治療、教育)が概ね記載されている。考察を含む(ただしA+と比較検査結果がコピー、考察はあるが引用文献が不十分など)	日本語総説や電子教科書などを参照した考察	
<b>B</b>	対象の疾病・病態のアセスメントに一定の記載がある	病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン(診断、治療、教育)、考察等を概ね含むが、患者の把握や考察がやや不十分	考察はあるが内容が充実していない。文献などの引用が不十分	
<b>C</b>	対象の疾病・病態の記載やアセスメントが少ない	病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン(診断、治療、教育)の記載が情報として不十分。考察の記載が不十分。	対象の疾病・病態に関する考察なし	
<b>D</b> *要修正	対象の疾病・病態の記載やアセスメントがない	病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン(診断、治療、教育)の記載に欠如あり、もしくは誤りがある。	対象の疾病・病態に関する考察なし	

- ・**経験すべき55の症候・疾病・病態に関する記載内容で評価する** (当該の疾病・病態名に蛍光マーカーを)
- ・**B以上程度を目安に作成**
- ・**C以上が最低合格ライン**(指導医はC,DがB以上になるように添削・修正する。手書き修正でも可。)

第1.0版 2024年3月22日

## 経験すべき症候-29 症候-

外来又は病棟において、下記の症候を呈する患者について、病歴、身体所見、簡単な検査所見に基づく臨床推論と、病態を考慮した初期対応を行う。

**ショック、体重減少・るい瘦、発疹、黄疸、発熱、もの忘れ、頭痛、めまい、意識障害・失神、けいれん発作、視力障害、胸痛、心停止、呼吸困難、吐血・喀血、下血・血便、嘔気・嘔吐、腹痛、便通異常(下痢・便秘)、熱傷・外傷、腰・背部痛、関節痛、運動麻痺・筋力低下、排尿障害(尿失禁・排尿困難)、興奮・せん妄、抑うつ、成長・発達障害、妊娠・出産、終末期の症候**

## 経験すべき疾病・病態-26 疾病・病態-

外来又は病棟において、下記の疾病・病態を有する患者の診療にあたる。

**脳血管障害、認知症、急性冠症候群、心不全、大動脈瘤、高血圧、肺癌、肺炎、急性上気道炎、気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、急性胃腸炎、胃癌、消化性潰瘍、肝炎・肝硬変、胆石症、大腸癌、腎盂腎炎、尿路結石、腎不全、高エネルギー外傷・骨折、糖尿病、脂質異常症、うつ病、統合失調症、依存症(ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博)**

=====  
経験すべき症候及び経験すべき疾病・病態の研修を行ったことの確認は、日常診療において作成する**病歴要約**に基づく。

1 上記の29症候と26疾病・病態は、**必須項目**である。

「・」で結ばれている症候はどちらかを経験すればよい。

疾病・病態の中には、予防が重要なものも少なくなく、急性期の治療後は地域包括ケアの枠組みでの対応がますます重要になりつつある。したがって、予防の視点、社会経済的な視点で疾病を理解しておくことも重要。

依存症(ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博)に関しては、いずれかの患者を経験することとし、経験できなかった依存症については座学で代替することが望ましい。

2 **病歴要約**とは、日常業務において作成する外来または入院患者の医療記録を要約したものであり、具体的には退院時要約、診療情報提供書、患者申し送りサマリ、転科サマリ、週間サマリ等の利用を想定。

病歴要約には、**病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン(診断、治療、教育)、考察等を含むことが必要**。病歴要約に記載された患者氏名、患者ID 番号等は同定不可能とした上で記録を残す。

「経験すべき疾病・病態」の中の少なくとも1症例は、**外科手術に至った症例**を選択し、病歴要約には必ず手術要約を含めることが必要である。

(医師臨床研修指導ガイドライン - 2023 年度版 - より引用改変)