

症例レポート提出票

提出日： 令和 年 月 日

研修医名：

研修病院： 浜松医科大学医学部附属病院

診療科： 科

担当指導医・上級医： 印

研修コーディネーター： 印

■提出項目(症状・病態等提出するレポートの内容にチェックを入れること。)

※下記の番号は、臨床研修の到達目標と同じもので、レポート提出が必修なもののみを掲載している。

B) 経験すべき症状・病態・疾患
1 頻度の高い症状
※下記の症状を経験し、レポートを提出 ※「経験」とは、自ら診療し、鑑別診断を行うこと
<input type="checkbox"/> 2) 不眠
<input type="checkbox"/> 5) 浮腫
<input type="checkbox"/> 6) リンパ節腫脹
<input type="checkbox"/> 7) 発疹
<input type="checkbox"/> 9) 発熱
<input type="checkbox"/> 10) 頭痛
<input type="checkbox"/> 11) めまい
<input type="checkbox"/> 14) 視力障害、視野狭窄
<input type="checkbox"/> 15) 結膜の充血
<input type="checkbox"/> 19) 胸痛
<input type="checkbox"/> 20) 動悸
<input type="checkbox"/> 21) 呼吸困難
<input type="checkbox"/> 22) 咳・痰
<input type="checkbox"/> 23) 嘔気・嘔吐
<input type="checkbox"/> 26) 腹痛
<input type="checkbox"/> 27) 便通異常(下痢、便秘)
<input type="checkbox"/> 28) 腰痛
<input type="checkbox"/> 31) 四肢のしびれ
<input type="checkbox"/> 32) 血尿
<input type="checkbox"/> 33) 排尿障害(尿失禁・排尿困難)

3 経験が求められる疾患・病態
※入院患者を受け持ち、診断、検査、治療方針について症例レポートを提出
(2) 神経系疾患
<input type="checkbox"/> [1] 脳・脊髄血管障害(脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血)
(5) 循環器系疾患
<input type="checkbox"/> [1] 心不全
<input type="checkbox"/> [8] 高血圧症(本態性、二次性高血圧症)
(6) 呼吸器系疾患
<input type="checkbox"/> [2] 呼吸器感染症(急性上気道炎、気管支炎、肺炎)
(7) 消化器系疾患
<input type="checkbox"/> [1] 食道・胃・十二指腸疾患 (食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎)
(8) 腎・尿路系(体液・電解質バランスを含む)疾患
<input type="checkbox"/> [1] 腎不全(急性・慢性腎不全、透析)
(10) 内分泌・栄養・代謝系疾患
<input type="checkbox"/> [4] 糖代謝異常(糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖)
(13) 精神・神経系疾患
<input type="checkbox"/> [2] 痴呆(血管性痴呆を含む)
<input type="checkbox"/> [4] 気分障害(うつ病、躁うつ病を含む)
<input type="checkbox"/> [5] 統合失調症
<input type="checkbox"/> 外科症例レポート(外科症例(手術含む)を1例以上受け持ち、診断、検査、術後管理等について症例レポートを提出)

提出先: 浜松医科大学医学部附属病院 卒後教育センター

※レポートを提出する際には、この用紙を添付してください。

※個人が特定できる情報(氏名、患者ID、生年月日、住所など)は絶対に記入しないでください。