

[申請3] がん治療研修修了証明書 兼 症例一覧表 入力方法



認定医申請 [申請3]がん治療研修修了証明書 兼症例一覧表① 入力

[申請3]がん治療研修修了証明書 兼症例一覧表①の内容登録ができます。

認定研修施設・指導責任者を検索できます。

研修を行った施設の情報を入力してください。
注1: 申請2に入力した施設のみ入力してください。

認定研修施設番号 認定研修施設検索

指導責任者 指導責任者名簿

在籍期間 有効→年月を指定 2019年12月～2019年12月 初期研修の期間は入力しないでください。

担当医として経験したがん患者（入院・外来は問いません）の症例を入力
[入力内容の確認]ボタンを押してください。

※在籍期間を入力してください

悪性例：脳腫瘍
良い例：脳腫瘍（聴芽腫）または聴芽腫

悪性例：皮膚腫瘍
良い例：皮膚腫瘍（基底細胞がん）または皮膚がん

注1: 資格審査委員会では、良悪性が不明なものは症例数としてカウントいたしません
診断名には、明らかに悪性であることがわかる診断名をご記入ください。

注2: 歯科口腔外科の場合、診断名は「口腔がん」のみ記載だけでなく、「舌がん」・「上顎歯肉がん」・「下顎歯肉がん」・「口底がん」等とご記入

【指導責任者】

- ※ がん治療研修を行った認定研修施設に「現在」常勤している指導責任者を入力してください。
- ◆ がん治療認定医に対する指導責任者は、
 - ・更新を経たがん治療認定医
 - ・他科の指導責任者による証明でも認められます。
- ◆ がん治療認定医(歯科口腔外科)に対する指導責任者は、
 - ・更新を経たがん治療認定医
 - ・更新を経たがん治療認定医(歯科口腔外科)
 指導責任者であれば、科を問いません。

No.	年齢	性別	手術	薬物療法	放射線	緩和治療	その他	診療期間	診断名
01	0	選択	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	2019年12月～ 2019年12月	<input type="text"/>
02	0	選択	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	12月～ 12月	<input type="text"/>
03	0	選択	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	12月～ 12月	<input type="text"/>

担当医として行った治療にのみチェックをつけてください。1症例で複数チェック可です。「その他」の場合は、チェックおよび具体的内容を入力してください。

診断名には一般名を入力してください(略語不可)

予備の症例を5例まで登録することができます。

=中略=

20	0	選択	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	2019年12月～ 2019年12月	<input type="text"/>
予01	0	選択	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	2019年12月～ 2019年12月	<input type="text"/>
予02	0	選択	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	2019年12月～ 2019年12月	<input type="text"/>
予03	0	選択	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	2019年12月～ 2019年12月	<input type="text"/>
予04	0	選択	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	2019年12月～ 2019年12月	<input type="text"/>
予05	0	選択	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	2019年12月～ 2019年12月	<input type="text"/>

一覧表を印刷すると、病院長公印の押印欄、および指導責任者の署名・捺印の押印欄が表示されます。

一施設で在籍期間が通算2年以上、20症例に満たない場合は、②・③に登録してください。

入力内容の確認 クリア 戻る