

年 月 日

熊本大学病院
総合臨床研修センター長 殿

施設名 (所属)

職 名

生年月日

氏 名

連絡先

(〒)

TEL

症例レポート (写) の送付願

下記のとおり、熊本大学病院群卒後臨床研修プログラムにて初期臨床研修を行いました。その際、提出しています下記症例レポートにつきまして写しを送付下さいますようお願いいたします。

記

【研修プログラム】

プログラム名称：

研修期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

【証明書利用目的及び提出先】

目 的：

提出先：

【必要なレポート (症例名)】 ※□にチェックを入れて下さい。計 件

C P C レポート

不眠 浮腫 リンパ節腫脹 発疹 発熱 頭痛 めまい

視力障害、視野狭窄 結膜の充血 胸痛 動悸 呼吸困難

咳・痰 嘔気・嘔吐 腹痛 便秘異常 (下痢、便秘) 腰痛

四肢のしびれ 血尿 排尿障害 (尿失禁、排尿困難)

脳・脊髄血管障害 (脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血)

心不全 高血圧症 (本態性、二次性高血圧症)

呼吸器感染症 (急性上気道炎、気管支炎、肺炎)

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)

腎不全 (急性・慢性腎不全、透析)

糖代謝異常 (糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖)

認知症 (血管性認知症を含む) 気分障害 (うつ病、躁うつ病を含む)

統合失調症 (精神分裂病)

熊本大学病院
総合臨床研修センター長 殿

現在の所属施設名、職名（●●科医長等）、生年月日、氏名及び連絡先（特にご指定がない限り、症例レポート（写）はこちらの連絡先住所に郵送いたします。）を記入し、押印すること。

施設名（所属） ●●病院
職名 ●●科医長
生年月日 ●●年●●月●●日
氏名 ●● ●●
連絡先
（〒●●●●-●●●●）
●●県●●市●●丁目●-●
TEL ●●●-●●●●-●●●●●●

症例レポート（写）の送付願

下記のとおり、熊本大学病院群卒後臨床研修プログラムにて初期臨床研修を行いました。その際、提出しています下記症例レポートにつきまして写しを送付下さいますようお願いいたします。

記

【研修プログラム】 修了したプログラム名称及び研修期間を記入すること。

プログラム名称：熊本大学病院群卒後臨床研修プログラム●
研修期間：平成●●年●●月●●日 ～ 平成●●年●●月●●日

【証明書利用目的及び提出先】 利用目的及び提出先を、必ず記載すること。

目的：●●学会認定医試験受験のため
提出先：●●学会

必要なレポート件数を記入し、必要なレポートにチェックを入れること。

【必要なレポート（症例名）】 ※□にチェックを入れて下さい。計●件

■CPCレポート

- 不眠 浮腫 リンパ節腫脹 発疹 発熱 頭痛 めまい
視力障害、視野狭窄 結膜の充血 胸痛 動悸 呼吸困難
咳・痰 嘔気・嘔吐 腹痛 便秘異常（下痢、便秘）腰痛
四肢のしびれ 血尿 排尿障害（尿失禁、排尿困難）
脳・脊髄血管障害（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）
心不全 高血圧症（本態性、二次性高血圧症）
呼吸器感染症（急性上気道炎、気管支炎、肺炎）
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）
腎不全（急性・慢性腎不全、透析）
糖代謝異常（糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖）
認知症（血管性認知症を含む） 気分障害（うつ病、躁うつ病を含む）
統合失調症（精神分裂病）