

【様式2】

経腹胎児心エコー検査リスト(必ずレジストリーに胎児心エコー登録した検査であること)

No.1～5は【様式3】の症例レポートとすること 正常例は25例以下にすること

申請者氏名 (○○○○)

| No. | “施設内検査番号 (実施年一番号)” | 在胎 週数 | 検査年月日 | 疾患分類 (最もあてはまるもの一つに ○をつけてください) | 胎児診断名 | 検査実施施設 |
|-----|-----------------------|----------|-----------|-------------------------------------|-------|---------------------|
| 1 | 2017-56 | 23 | 2017/12/1 | 先天性・不整脈・その他・正常 | ○○○○ | ○○病院 |
| 2 | 2017-15 | 28 | 2017/8/5 | 先天性・不整脈・その他・正常 | ○○○○ | ○○病院 |
| 3 | 2017-16 | 30 | 2017/8/6 | 先天性・不整脈・その他・正常 | ○○○○ | ○○病院 |
| 4 | 2017-1 | 20 | 2017/1/3 | 先天性・不整脈・その他・正常 | ○○○○ | ○○病院 |
| 5 | 2017-20 | 20 | 2017/8/8 | 先天性・不整脈・その他・正常 | ○○○○ | ○○病院 |
| 6 | 2017-17 | 28 | 2017/8/5 | 先天性・不整脈・その他・正常 | ○○○○ | 最初の5例は様式3のレポートとすること |
| 7 | | | / / | 先天性・不整脈・その他・正常 | | |
| 8 | | | / / | 先天性・不整脈・その他・正常 | | |
| 9 | | | / / | 先天性・不整脈・その他・正常 | | |
| 10 | | | / / | 先天性・不整脈・その他・正常 | | |
| 11 | | | / / | 先天性・不整脈・その他・正常 | | |
| 13 | | | / / | 先天性・不整脈・その他・正常 | | |
| 47 | | | / / | 先天性・不整脈・その他・正常 | | |
| 48 | | | / / | 先天性・不整脈・その他・正常 | | |
| 49 | | | / / | 先天性・不整脈・その他・正常 | | |
| 50 | | | / / | 先天性・不整脈・その他・正常 | | |

注) 先天性:先天性心疾患

※No1-5の症例は、【様式3】の症例レポートに記載する症例としてください。
No6-50は特に指定はありません。差異がある場合は再提出となります。

※施設内番号は病院のID番号とは異なる検査ごとの番号を割り付けてください。
※正常例は25例以下にすること。

認証医申請者の間で検査リストの重複はみとめられません。

下記に検査実施施設の診療部門長の署名を記入のこと。

| 検査実施施設 | 診療部門長(自署) |
|----------|-----------|
| ○○病院 ○○科 | ○○ (自署) |
| | |
| | |
| | |
| | |

実施施設がこれ以上ある場合は別紙に記入して一緒に提出ください。