MDD認定医申請（呼吸器内科用）

**《様式1》＞**

びまん性肺疾患診療に関するチェックリスト

|  |
| --- |
| 記入日　　　　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ  申請者氏名 |
| 会員番号 |
| 勤務先名・所属部署名・役職名 |
| 職歴（主要なもの）勤務先名・所属部署名 |
| *記入例）*  2023年４月1日～　　●●大学病院・呼吸器内科  2024年3月31日 |
| 年　　月　　日～  年　　月　　日 |
| 年　　月　　日～  年　　月　　日 |
| 年　　月　　日～  年　　月　　日 |
| 年　　月　　日～  年　　月　　日 |
| 年　　月　　日～  年　　月　　日 |
| 年　　月　　日～  年　　月　　日 |

びまん性肺疾患の診療経験が10年以上ある。具体的には、以下の項目を全て満たすことを確認しチェック（✔︎）を入れてください。

* 現在、日本呼吸器学会学術部会の主学術部会員もしくは副学術部会員として、びまん性肺疾患学術部会員である
* びまん性肺疾患の気管支鏡検査（BAL、TBLB、TBLCなど）またはVATSを行った症例を200例以上担当した経験がある。
* びまん性肺疾患の外来診療を担当している。
* 直近1年間で、外来および入院でびまん性肺疾患の症例を40症例以上担当している。

**診療実績書（1）**

直近1年間の、自ら診療しているびまん性肺疾患患者40名分を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 診療年月 | 年齢 | 性別 | 診断名 | 治療内容・特記事項等  （使用薬剤名などを薬剤カテゴリーで必ず記入のこと。） |
| 記入例 | ○○（西暦）年  ○月※1 | ○歳 | 男 | 線維性過敏性肺炎（鳥関連） | 抗原回避、  ステロイド薬、免疫抑制薬、抗線維化薬 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

**診療実績書（2）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 診療年月 | 年齢 | 性別 | 診断名 | ※治療内容・特記事項等  使用薬剤名などを薬剤カテゴリーで必ず記入のこと。 |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |

**診療実績書（3）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 診療年月 | 年齢 | 性別 | 診断名 | ※治療内容・特記事項等  使用薬剤名などを薬剤カテゴリーで必ず記入のこと。 |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |

**診療実績書（4）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 診療年月 | 年齢 | 性別 | 診断名 | ※治療内容・特記事項等  使用薬剤名などを薬剤カテゴリーで必ず記入のこと。 |
| 31 |  |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |

　※1　診療年月を西暦で記入。