MDD認定医申請（病理医用）

**《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 |
| 病理学会　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・病理診断科  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 |

びまん性肺疾患の病理医としての診療経験が5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、日本病理学会の病理専門医である。
* 直近1年以内に、びまん性肺疾患のTBLB、VATSまたはTBLCを行った症例の病理診断を40例以上担当した経験がある。
* 直近1年間で、びまん性肺疾患の症例に対し、5症例以上MDD評価を実施している。

**診療実績書(MDD症例)**

直近1年間において、自らMDD症例の病理診断を実施したびまん性肺疾患5症例分を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | MDD実施年月日 | 年齢 | 性別 | 病理診断名  （IPFガイドライン診断、HPガイドライン診断を付記すること） | MDD診断名 |
| 記入例 | ○○（西暦）年  ○月※1 | ○歳 | 男 | UIP with granuloma  (IPF guideline Dx: indeterminate for UIP / HP guideline Dx: Typical fibrotic HP) | Fibrotic HP, high confidence |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

**診療実績書（病理診断実績）**

直近1年間の、自ら病理診断した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 | 採取方法 | 診断名 | 疾患機序や特記事項等 |
| 記入例 | ○○（西暦）年  ○月※1 | ○歳 | 男 | TBLB | Organizing pneumonia | 薬剤性肺障害 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

**診療実績書（病理診断実績２）**

直近1年間の、自ら病理診断した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 | 採取方法 | 診断名 | 疾患機序や特記事項等 |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |

**診療実績書（病理診断実績3）**

直近1年間の、自ら病理診断した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 | 採取方法 | 診断名 | 疾患機序や特記事項等 |
| 21 |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |

**診療実績書（病理診断実績4）**

直近1年間の、自ら病理診断した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 | 採取方法 | 診断名 | 疾患機序や特記事項等 |
| 31 |  |  |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |  |