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 |   |   |   |  |   |   |