【様式2】

修練報告書（内科・外科共通）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2021 | 年 |  | 月 |  | 日 |

受験者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 修練期間（西暦） |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 〜 | 　 | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 合計期間 |  | ヶ月（上記修練期間を1ヶ月単位で数字で記入） |
| 修練施設名（※1） |  |
| 修練内容【内科系のみ】 | 1.主治医として受け持ったACHD入院患者の症例数 |  | 例 |
| 2.主治医として受け持ったACHD外来患者の症例数 |  | 例 |
| 修練内容【外科系のみ】 | 1.16歳以上の成人先天性心疾患手術数 |  | 例 |
| 2.上記1のうち術者・指導的助手としての症例数 |  | 例 |
| 3.上記1のうち再手術症例数 |  | 例 |
| 4.上記1のうち難易度(B)以上の症例数 |  | 例 |
| 5.小児心疾患手術数（術者・指導的助手として） |  | 例 |
| 6.上記5のうち難易度(B)以上の症例数 |  | 例 |

修練指導責任者・施設指導責任者・診療科責任者の署名または記名捺印（※2）：　　　　　　　　　　　㊞

今回受験が可能となるのは専門医制度が開始となった2019年4月1日〜2021年3月31日まで2年間本学会総合修練施設または連携修練施設において修練されていた場合に限ります。ただし、臨床実績は下記の通りとなります。

＜内科系＞

【入院実績】2016年4月1日以降の経験症例をカウント可能とする。ただし3例以上は成人先天性心疾患専門医総合/連携修練施設での症例とすること。

【外来実績】2016年4月1日以降の経験症例をカウント可能とする。ただし15例以上は成人先天性心疾患専門医総合/連携修練施設での症例とすること。

＜外科系＞

【16歳以上の成人先天性心疾患手術経験】過去5年間（2016年1月1日〜2020年12月31日まで）の経験症例をカウント可能とする。

【小児心疾患手術経験】2020年12月31日までにおける経験症例をカウント可とする。

1. 2019年4月1日時点で修練施設として認定されていない施設における臨床実績をカウントする場合は、当該施設名を記載してください。
2. 本学会が認定する修練指導責任者（暫定専門医）あるいは施設指導責任者（暫定専門医資格はないが本会が責任者として認める連携修練施設の責任者）の署名、または、本学会総合/連携修練施設外における修練の場合は、指導責任者として診療科部長以上（診療科責任者）の署名（捺印不要）を得ること。記名（PC入力）の場合は捺印を得ること。
3. 内科系においては様式3-Aおよび3-B、外科系においては様式3-1および3-2で記載する総数と相違がないようにすること。
4. 海外主要施設におけるACHDの臨床研修の場合は修練施設名にその施設名称を記載し、修練内容を記載すること。また、成人先天性心疾患専門医に相当する指導責任者からの推薦状を別途提出すること。書式は問わない。
5. 1枚につき1施設ごと報告すること。複数施設での臨床実績を提出する場合は、施設分の枚数を準備すること。