**病歴要約チェックシート**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修医氏名：  ＰＨＳ： | |  | | | | | | | | | | | | | | | 研修ｾﾝﾀｰ  確認印 | | | | |  | | | | |
| 最終提出日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 分野名（☑をつける） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 経験すべき症候　29 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ショック　体重減少・るい痩　発疹　黄疸　発熱　もの忘れ　頭痛　めまい  意識障害・失神　けいれん発作　視力障害　胸痛　心停止　呼吸困難　吐血・喀血  下血・血便　嘔気・嘔吐　腹痛　便通異常（下痢・便秘）　熱傷・外傷　腰・背部痛  関節痛　運動麻痺・筋力低下　排尿障害（尿失禁・排尿困難）　興奮・せん妄　抑うつ  成長・発達の障害　妊娠・出産　終末期の症候 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 経験すべき疾病・病態　26　**※少なくとも1症例は外科手術に至った症例を選択し、手術要約も併せて提出** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脳血管障害　認知症　急性冠症候群　心不全　大動脈瘤　高血圧　肺癌　肺炎  急性上気道炎　気管支喘息　慢性閉塞性肺疾患（COPD）　急性胃腸炎　胃癌　消化性潰瘍  肝炎・肝硬変　胆石症　大腸癌　腎盂腎炎　尿路結石　腎不全　高エネルギー外傷・骨折  糖尿病　脂質異常症　うつ病　統合失調症　依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療科名 |  | | | | | | 患者ID | | | |  | | | 年齢 | |  | | | 歳 | | 性別 | | | 男　女 | | |
| 入院　　・　　外来　（受診日　　　　　年　　　月　　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入 院 日 |  | | | 年 |  | 月 | |  | | 日 | | 退 院 日 | | |  | | | | 年 |  | | 月 |  | | | 日 |
| 受持開始 |  | | | 年 |  | 月 | |  | | 日 | | 受持終了 | | |  | | | | 年 |  | | 月 |  | | | 日 |
| 転 帰 ： 治癒　　軽快　　転科（手術　有・無）　不変　　死亡（剖検　有・無）  フォローアップ ：外来にて　　他医へ依頼　　転院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 下記事項が全て記載されているか確認し提出（☑をつける）  **※提出書類に考察の記載がない場合は別添えにて添付すること**  病歴　身体所見　検査所見　アセスメント　プラン（診断、治療、教育）　考察等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 提出書類（☑をつける）　**※記載者または担当者に名前が入っているものを提出**  退院時要約　診療情報提供書　患者申し送りサマリー　転科サマリー　週間サマリー  診療録　その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療科名： | | | | | | | | | | | 指導医名（署名）：　　　　　　　　　　　　 臨床経験年数　　　年 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 評価（指導医記載）： | | | | | 優　　・　　可　　・　　不可　　・　　当科に該当せず | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 卒後臨床研修センター使用欄（記入しないで下さい） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 研修センター提出日 | | |  | | | | | | EPOC入力確認日 | | | |  | | | | | 研修医へ  返却日 | | | | | | |  | |

**病歴要約提出の流れ**

|  |
| --- |
| ☑した分野に沿って調べたこと |
|  |
| 調べたことに対してこの症例に関する考察 |
| 参考文献 |

2025/04/08改訂