

# 10症例チェックリスト

受験者番号

氏名

可

要確認

minor症例数確認

その他

項目が8項目以上を網羅しているかの確認	OK	NO
---------------------	----	----

要再資料提出

症例番号	提出内容

チェックした委員： 署名

## 事務局確認

術後写真に関して、手術後180日以上経っているかの確認～その期間経過していない写真は明示してもらう	OK	NO
術者として登録されている場合は、医師何年何ヶ月目の症例であるか？	年	ヶ月時
術者として登録されている場合は、形成外科何年何ヶ月目の症例であるか？	年	ヶ月時

## 審査員症例確認チェックリスト

項目分類が適正か否か	適正	不適	
適切な図があるか否か：手術術式のシエーマがあるか	適切	不適	
major症例かminor症例か(1例のみ可)	major	要確認	minor
癒痕・ケロイドで簡単な症例でないか			
単純切除、縫縮ではないか			

レーザーの症例かどうか(1例のみでマイナーと認定)	
---------------------------	--

術前の写真	あり	なし	
手術時の写真	あり	なし	
術後の写真	あり	なし	
骨に関する症例	術前X-P, CT画像など	あり	なし
	術後X-P, CT画像など	あり	なし
上下顎症例	咬合写真	あり	なし
眼瞼症例	閉瞼・開瞼の写真	あり	なし
顔面神経等が関与	運動時の写真	あり	なし
四肢関節	関節可動域の記載	あり	なし

植皮症例	探皮の厚さの記載	あり	なし
	術後180日以上 of 採取部の写真	あり	なし
	※平成22(2010)年1月以降の症例で	あり	なし
	過去症例では詳細な記載	あり	なし
他の組織採取	同上	あり	なし
腫瘍症例	病理診断・所見	あり	なし
	病理組織写真	あり	なし
	術前画像診断	あり	なし
	術後画像診断	あり	なし

上記で不足がある場合に、再請求、再記載をするか	する	しない
-------------------------	----	-----

※裏面は全体的なコメントを記載

**全体的なコメント**

- 例) 診断に対して、手術手技が適切に選択されているか(術式の妥当性)
- 例) 手術時の経験年数を考えると、確認が必要