

実施施設更新（年次報告）申請書類記入上の注意点

一般社団日本形成外科学会
ブレストインプラントガイドライン管理委員会
委員長 矢野 健二

【エキスパンダー及びインプラント実施施設更新申請】

1) 実施施設更新申請用紙 【様式（更増）B-01】

- 施設代表実施医師の医師登録番号（Zから始まる5桁の算用数字が続く番号）の記載と捺印を忘れずをお願いします。

2) 実施施設年次報告書 【様式（更増）B-02】

- 施設の認定番号とE-mailアドレスの記載を忘れずをお願いします。
※E-mailアドレスは、学会より連絡する大事なツールになりますので、必ずご記入ください。
- 同職名は施設代表実施医師の職名をご記載ください。（例：教授、診療科長など）

3) エクスパンダー症例報告書 【様式（更増）B-03】

- 症例報告書に記載する期間は、2016年1月1日から2016年12月31日までです。ただし、2016年の途中で認定を受けた施設はその認定を受けた月から2016年12月31日までとなります。
- 手術年月をタブから選択してください。
- 製品使用型NO.はカタログNO.を記入ください。
- serial No.は製品に記載されている番号を記入ください。
- 合併症の有無をタブから選択してください。
- 合併症を「有」に選択した場合は必ず合併症の内容を記載してください。必ず転帰まで記載してください。転帰がない場合は再提出を求められる場合があります。（例：感染→保存治療にて治癒、血腫→止血術など転帰を必ず記載してください）
「無」の場合は空白のまま記載の必要はありません。
- 術者は執刀医の医師名を記載ください。
- 術者の医師登録番号は、日本形成外科学会の実施医師の医師登録番号（Zのあとに5桁の算用数字が続く番号）になります。

4) インプラント 症例報告書 【様式（更増）B-04】

- 症例報告書に記載する期間は、2016年1月1日から2016年12月31日までです。ただし、2016年の途中で認定を受けた施設はその認定を受けた月から2016年12月31日までとなります。
- 手術年月をタブから選択してください。
- 製品使用型NO.はカタログNO.を記入ください。
- serial No.は製品に記載されている番号を記入ください。
- 合併症の有無をタブから選択してください。
- 合併症を「有」に選択した場合は必ず合併症の内容を記載してください。必ず転帰まで記載してください。転帰がない場合は再提出を求められる場合があります。（例：感染→保存治療にて治癒、血腫→止血術など転帰を必ず記載してください）
「無」の場合は空白のまま記載の必要はありません。
- 術者は執刀医の医師名を記載ください。
- 術者の医師登録番号は、日本形成外科学会の実施医師の医師登録番号（Zのあとに5桁の算用

数字が続く番号)になります。

5) 施設代表実施医師履歴書 【様式(更増) B-05】

・ 職歴

申請時現在まで、空白がないように記入してください。

記入例：〇〇大学医学部助手(△△学)

〇〇大学医学部附属病院講師(△△科)

〇〇病院医長(△△科)

現在に至る

注意) 履歴の年月日のうち、日付は明確なもののみ記入し、必ずしも全てに記入する必要はありません。

- ・ 最下部の日付は記入日、氏名は施設代表責任医師のお名前を記入してください。

6) 実施施設内容説明書 【様式(更増) B-06】

- ・ 氏名、医師登録番号を記載ください。

- ・ 診療科は該当箇所にチェックをしてください。

※パソコンのversionやセキュリティの状態によってはチェックができない場合があります。その場合はプリントアウト後に手書きでチェックを入れてください。

7) 実施施設変更届 【様式(更増) B-07】 ※変更がある場合のみ提出

- ・ 変更点の欄に変更内容を記載してください。

(例えば、施設代表実施医師の変更)

- ・ 該当項目は必ず選択してください。

8) エキスパンダー経過観察報告 【様式(更増) B-08】

- ・ 本年より新しく追加された提出書類です。

2014年から2015年に手術を行った症例で、2016年に合併症がおきたものは、合併症の内容及び転帰まで記載してください。

9) インプラント経過観察報告 【様式(更増) B-09】

- ・ 本年より新しく追加された提出書類です。

2014年から2015年に手術を行った症例で、2016年に合併症がおきたものは、合併症の内容及び転帰まで記載してください。