乳房増大エキスパンダーおよびインプラント使用に関する
実施施設認定更新（年次報告）についてのお知らせ

2016 年 12 月 20 日
一般社団日本形成外科学会
理事長　細川　亙
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

「外傷・先天異常に対する乳房再建、ならびに乳房増大を目的としたゲル充填人工乳房および皮膚拡張器に関する使用要件基準」に基づきエキスパンダーおよびインプラント実施施設として認定された施設は、毎年 12 月末までに手術を施行した使用症例について、翌年はじめに一般社団法人日本形成外科学会に対し年次報告を行う必要があります。

なお、年次報告と同時に翌年度の継続申請を受け付けますので、既に実施施設認定を受けている施設は、以下の所定の様式を使用の上継続申請及び症例報告の年次報告書類を提出してください。

１．　エキスパンダーおよびインプラント実施施設認定更新申請の書類

学会ホームページより書式をダウンロードしてください。
下記書類を、上から番号順に整理してご提出下さい。

１）実施施設更新申請用紙	【様式（更増）B-01】	
２）実施施設年次報告書	【様式（更増）B-02】	
３）エキスパンダー症例報告書	【様式（更増）B-03】	
４）インプラント　症例報告書	【様式（更増）B-04】	
５）施設代表実施医師履歴書	【様式（更増）B-05】	
６）実施施設内容説明書	【様式（更増）B-06】	
７）実施施設変更届	【様式（更増）B-07】	※変更のある場合のみ提出
８）エキスパンダー経過観察報告書	【様式（更増）B-08】	
９）インプラント経過観察報告書	【様式（更増）B-09】	
10）実施施設認定更新料振込の領収書	（写し）	
11）提出書類チェックシート		

様式（更増）B-01　実施施設更新申請用紙

エキスパンダーおよびインプラント実施施設認定を更新する場合は、ご記入の上、提出してください。

様式（更増）B-02　実施施設年次報告書

ご記入の上、提出してください。

※更新を希望しない場合も年次報告は必要になりますので、必ず提出をしてください。

様式（更増）B-03　エキスパンダー症例報告書

「合併症の有無」は有、無のいずれか選択してください。この症例報告の合併症は、2016年中に手術を行った症例の合併症及び転帰を記載してください。なお、合併症がない場合は「合併症の内容」の欄は未記入でかまいません。報告すべき症例がない場合は、上部にある、【症例なし□】にチェックをして提出してください。

注）両側の場合は、右左それぞれ一列ずつ計 2 列で記載してください。

※更新を希望しない場合も症例報告は必ず提出をしてください。

様式（更増）B-04　インプラント症例報告書

「合併症の有無」は有、無のいずれか選択してください。この症例報告の合併症は、2016年中に手術を行った症例の合併症及び転帰を記載してください。なお、合併症がない場合は「合併症の内容」の欄は未記入でかまいません。報告すべき症例がない場合は、上部にある、【症例なし□】にチェックをして提出してください。

注）両側の場合は、右左それぞれ一列ずつ計 2 列で記載してください。

※更新を希望しない場合も症例報告は必ず提出をしてください。

様式（更増）B-05　施設代表実施医師履歴書

署名欄は施設代表責任医師名で署名・捺印をしてください。

施設代表実施医師が変わらない場合も提出が必要です。なお、施設代表実施医師が変わった場合は、新しい施設代表責任医師の申請書を提出してください。

専門医番号の記載欄には、形成外科専門医（形成外科領域専門医）、美容外科専門医の番号を記載してください。

様式（更増）B-06　実施施設内容説明書

実施医師の構成を記入後、前回提出時の医師構成に変更があるか否かについて、下の欄の医師構成の変化についてチェックをしてください。記入欄が足りない時は用紙をコピーして追加記入をお願いします。

なお、医師登録番号は医籍番号ではなく、実施医師登録番号をご記載ください（Ｚから始まる番号です。）。

様式（更増）B-07　実施施設変更届

医師構成及び、施設責任医師、病院名や連絡先（電話番号やメールアドレス）など変更がある場合は提出してください。

様式（更増）B-08 エキスパンダー経過観察報告書

2014 年～2015 年内に手術を行った症例で、2016 年に合併症が起きた場合に使用する報告書です。合併症の内容と転帰を記載してください。各施設で前年度に報告した症例と一致するように管理をしてください。

なお、報告すべき症例がない場合は、上部にある、【症例なし □】にチェックをして提出してください。

様式（更増）B-09 インプラント経過観察報告書

2014 年～2015 年内に手術を行った症例で、2016 年に合併症が起きた場合に使用する報告書です。合併症の内容と転帰を記載してください。各施設で前年度に報告した症例と一致するように管理をしてください。
なお、報告すべき症例がない場合は、上部にある、【症例なし □】にチェックをして提出してください。

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（途中で新規認定を受けた施設は認定を受けた月から 2016 年 12 月 31 日）**までとなります。なお、症例報告書及び施設更新の申請書の提出がない場合は 2017 年 3 月 31 日をもって施設の認定は取り消されます。次年度の継続申請希望がない場合も症例の報告は必要ですので、その場合は**様式 B-02、B-03、B-04** の書類をご提出ください。

２．書類提出期間

2017 年 1 月 13 日（金）　～　2017 年 2 月 10 日（金）　必着

３．書類送付先および認定審査料振込先

１）登録申請書類は，簡易書留又はレターパックにて委員会へ送付してください。
２）送付先宛名の余白に『乳房増大施設更新』と朱字してください。

【書類送付先】

〒169-0072東京都新宿区大久保2-4-12新宿ラムダックスビル9F
一般社団法人日本形成外科学会　ブレストインプラントガイドライン管理委員会宛
TEL: 03-5287-6773　　FAX: 03-5291-2176

【審査料送金先】

郵便局より送金の場合
郵便振替口座：００１３０−５−６３４０３７
加 入 者 名：ブレストインプラント管理委員会
（カ　ナ）：ブレストインプラントカンリイインカイ

銀行より送金の場合
銀　　行　　名：ゆうちょ銀行
支　　店　　名：〇一九(ゼロイチキュウ)店
口 座 番 号：当座：０６３４０３７
名　　義：ブレストインプラント管理委員会
（カ　ナ）：ブレストインプラントカンリイインカイ

１）振込みは郵便局備え付けの用紙をご使用ください。
２）エキスパンダー、インプラント一括認定
３）実施施設更新審査・登録料：10,000円
４）通信欄には「実施施設更新審査料（乳房増大）」と必ずご記載ください

４．認定審査の結果の発表および登録

認定審査の結果は，認定証の発送を持って結果通知にさせて頂きます。

５．申請書類記入・作成に関する注意事項

記載は，印字か，黒インクまたはボールペンを用いて楷書で記載してください。
用紙の所定欄に納まるよう作成してください。

６．問い合わせ先

〒169-0072東京都新宿区大久保2-4-12　新宿ラムダックスビル9F
一般社団法人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宛
TEL: 03-5287-6773　　FAX: 03-5291-2176
e-mail：jsprs-office01@shunkosha.com

※お問い合わせはメールあるいはＦＡＸ等書面にてお送り頂けますようお願い申し上げます。