

## 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

2021年12月20日

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  
委員長 森 弘樹

「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，全施設必ず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，すで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用いて継続申請および症例報告の年次報告書類を提出してください。

### 1. エク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。

下記の11書類を，上から番号順に整理してご提出ください。ただし，書類7）は不要の場合があります。

注）（更増）は更新・乳房増大の意です。

- |                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| 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) エクスパンダー症例報告書               | 【様式（更増）B-03】 ※使用のない場合も提出  |
| 4) インプラント症例報告書                | 【様式（更増）B-04】 ※使用のない場合も提出  |
| 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) エク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 審査・登録料振込の領収書（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，ご記入のうえ，提出してください。

（Z18 □□□で始まる実施医師登録をされている先生の有効期限は2022年3月31日までとなります。

その番号に該当し，更新を行っていない場合はすみやかに実施医師更新を行ってください。なお，更新を行っていない場合，更新申請の代表医師の欄に書くことはできませんのでご注意ください。）

#### 様式(更増) B-02 実施施設年次報告書

ご記入のうえ、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、2021年中に手術を行った症例の合併症およ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1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、2021年中に手術を行った症例の合併症およ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1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

署名欄は施設代表実施医師名で署名・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、新しい施設代表実施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)、もしくは美容外科専門医(JSAPS)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

登録医師の構成を記入してください。前回提出時より、医師構成に変更があった場合は「医師構成の変更について」に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。Sから始まる番号ではありません)。

(Z18□□□で始まる実施医師登録をされている先生の有効期限は2022年3月31日までとなります。よって、医師構成に含めることはできません。その番号をもつ先生が含まれていましたら必ず変更届をご提出ください。)

#### 様式(更増) B-07 実施施設変更届

医師構成および、施設代表実施医師、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。

(Z18□□□で始まる実施医師登録をされている先生の有効期限は2022年3月31日までとなります。よって、医師構成に含めることはできません。その番号をもつ先生が含まれていましたら必ず変更届をご提出ください。)

#### 様式(更増) B-08 エキスパンダー経過観察報告書

2020年以前に手術を行った症例で、2021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

2020年以前に手術を行った症例で、2021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、**2021年1月1日から2021年12月31日まで**（年度途中で新規認定を受けた施設は認定を受けた月から2021年12月31日）までとなります。なお、症例報告書および施設更新の申請書の提出がない場合は2022年3月31日をもって「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」の認定は取り消されます。次年度の更新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

2022年1月17日（月）～2022年2月4日（金）必着

## 3. 書類送付先および審査・登録料振込先

1) 申請書類は、簡易書留また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』と朱字でご記載ください。

### 【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9階  
一般社団法人日本形成外科学会 プ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

### 【審査・登録料送金先】

#### 郵便局より送金の場合

郵便振替口座：00130-5-634037  
加入者名：プレストインプラント管理委員会  
（カナ）：プ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：プレストインプラント管理委員会  
（カナ）：プ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) エクスパンダー、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、認定証の発送をもって結果通知とさせていただきます。

**5. 申請書類記入・作成に関する注意事項**

書類は、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 9 階  
一般社団法人日本形成外科学会 プレストインプラントガイドライン管理委員会 宛  
E-mail : jsprs-office01@shunkosha.com