様式３-1⃣

症例記録（N0. １　）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　　名 | （会員番号：　　　　　　　）　 |
| 研修施設名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 症　　　　　例 | 申請者独自の照合番号を記載（カルテID不可） | 　　　　　　　　　 歳 |
| 病　　　　　名 | 不育症だけでなく最終診断名も記載すること（原因不明不育症、抗リン脂質抗体症候群など） |
| 診　療　期　間 | 　　年　　月　　　～　　　　年　　月　　 |
| 病　　　歴：診　療　内　容： |

様式３-2⃣

症例記録（N0. 2　）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　　名 | （会員番号：　　　　　　　　）　 |
| 研修施設名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 症　　　　　例 | 申請者独自の照合番号を記載（カルテID不可） | 歳 |
| 病　　　　　名 |  |
| 診　療　期　間 | 　　年　　月　　　～　　　　年　　月　　 |
| 病　　　歴：診　療　内　容： |

様式３-3⃣

症例記録（N0. 3　）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　　名 | （会員番号：　　　　　　　）　 |
| 研修施設名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 症　　　　　例 | 申請者独自の照合番号を記載（カルテID不可） | 歳 |
| 病　　　　　名 |  |
| 診　療　期　間 | 　　年　　月　　　～　　　　年　　月　　 |
| 病　　　歴：診　療　内　容： |

様式３-4⃣

**不育症症例目録**

（症例記録No.1～3を含めてもよい）

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　会員番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号＊ | 施設名 | 初診年/月 | 検査結果 / 診断 | 妊娠中の管理帰結 |
| 例 | ○○病院 | 2023/1 | ループスアンチコアグラント2回陽性/抗リン脂質抗体症候群 | 低用量アスピリン、ヘパリン投与/39週2970g男児経腟分娩(Ap8/9) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |

＊申請者が自分で照合できる番号・記号などを独自につけること。この書面にはIDなど記載しない。

適宜枠を広げて記載可。