臨床実績

過去５年間の症例一覧表（全身麻酔下手術・放射線または化学療法等）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 治療年月 | 年 齢 | 性別 | 診断名 | 治療方法（手術の術式、放射線療法、化学療法等） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

用紙追加時のページ ( )

臨床実績

手術症例個別票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | |  | | | 年齢 |  | | | | 性別 | |  |
| 初診年月日 | | | 年　　　　月　　　日 | | | | 手術年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 診断名 |  | | | | | | | 転帰 | | |  | |
| 手術名 |  | | | | | | | | | | | |
| 執刀者が複数の場合の  人数と本人分担部分 | | | |  | | | | | | | | |
| 治療ないし手術の内容及び結果：  　手術時間：  　出血量：　 mL  備考： | | | | | | | | | | | | |
|

（　　）

臨床実績

手術を伴わない症例（放射線療法、化学療法等）個別票

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年齢 |  | 性別 |  | 初診年月日 | 年　　月　　日 |
| 診断名 |  | | | 転帰 |  |
| 症例の内容および経過等：  ※放射線療法は照射法、照射量、期間、化学療法は薬剤、投与量、期間 など治療内容についても記載してください。  備考： | | | | | |