

症例報告書の記入上の注意

1. 本文はすべてワードプロセッサで作成し、A4用紙を2枚並べたA3用紙1枚として提出する。読みやすくするため、文字の大きさは明朝体10ポイント以上とし、適正な行間で記載する。各項目のスペースは前記に収まる範囲内で適宜増減してよい。なお、○で囲む指示がある項目と最後の署名については手書きであっても差し支えない。
2. 「提出番号」は提出する症例の古い順に1, 2, 3, …, 20と記載する。
3. 【診療施設名】は症例報告する患者を診療した施設名を記載する。その施設が認定研修施設であれば、施設名の右にある 認定研
修施設 を○で囲むこと。
4. 【診療形態】は、患者が外来通院中か、入院中か、在宅ケア中かで区分し、外来の場合は緩和ケア外来かそれ以外の一般外来を、入院の場合は緩和ケア病棟(PCU)か一般病棟を、さらに一般病棟の場合緩和ケアチーム介入の有無を、それぞれ○で囲む。複数の診療形態をとっている場合は該当するもの全てを○で囲み、現病歴あるいは経過で言及すること。
5. 【主に緩和医療を提供した期間】は、実年月を記載すること。
6. 【介入の経緯】は、緩和医療の受療の仕方を記載する。「直接受診」は主治医の紹介を受けず、患者自身が直接当該科を受診した場合に選択する。
7. 【転帰】は、今回症例報告として記載する介入が終了した時点でのものとする。例えば、背部痛を主訴に一般外来から一般病棟に入院し、鎮痛剤や放射線治療の緩和医療を受けて軽快退院し、外来フォローに戻った場合は、「外来(一般)」を選択する。「死亡」の「看取り有・無」は、主治医として看取ったかどうかを記載する。緩和ケアチームとして関わった患者が死亡した場合は、主治医ではないので「看取り無」を選択する。
8. 「確定診断名」は、略語は避け、主病名は1つ、副病名は症状緩和に関係する主要なもの3つ以内とする。
9. 【介入時の主訴】は、原則として主なもの1つを記載するが、やむなく2つ以上記載する場合は【介入後の経過】でそれらについて言及すること。
10. 【既往歴】、【家族歴】、【生活歴】は必要なものに絞って記載する。
11. 【介入時までの現病歴】は、介入となるまでの治療の経過と主訴との関係がわかるように記載する。画像診断所見は本欄あるいは次欄に記載するが、主訴との関係性を重視し、不要な正常所見は省くなど簡潔にまとめること。
12. 【介入時の現症】は、正しい用語を用いて要領よく記載する。検査所見は単位も記載する。
13. 【介入後の経過】は、介入後に主訴がどのように変化したか、それがわかるように、治療・ケアや病状の経過を要領よく記載する。症状、特に痛みの評価は一般に用いられているスケールで表記し、同一症例内では統一する。複数の医師が介入してわかりにくい場合、申請者には下線を付すなど表記を工夫する。薬剤は用法・用量も単位を含めて記載する。また、介入終了時に処方がある場合は、症状緩和に必要なもののみ記載する。なお、薬剤名は原則として一般名を記載する。
14. 【考察】は、単に施行した治療・ケアの妥当性や今後に向けての改善点等について記載す

るだけでなく、その患者の全人的苦痛を理解する立場から、家族や社会との関係性や療養の場の選択など、幅広く検討し記載することが望ましい。ある治療手段の選択に参考となる文献等がある場合には、必要最小限のものを記載する（筆頭著者名 誌名 発行年；例. Morita T. Lancet Oncol 2013）。

15. 【本例から学んだこと】は、この症例の問題点や今後の課題、改善点等について、簡潔に記載する。
。
16. 面接試験においては、主として症例報告書を提出した患者について試験官と議論することになるので、各患者の全体像をきちんと把握しておくこと。