(試験様式４)

平成 ２９ 年度 血液専門医 認定試験

**診 療 実 績 記 録 申 請 書**

診療実績記録**〔 入院患者 〕**

※印は記入しないこと

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ  氏 名:　　　　　　　　　　　　　　　会員番号： | ※ |
|

No.　　　　／ 15　 　　　　 　　領域

(受持患者15名のうち１～15 のいずれかを記入）　 　　　（症例４領域<赤血球系疾患・白血球系疾患・血栓止血系疾患・免疫･輸血>のいずれかを記入）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者氏名　　　・　　　　　年齢　　　歳　（　男　・　女　）  　(イニシャル) | | 入院日　　　 　年　　　 月　 　日 |
| 担当医（複数名記載可） | | 退院日　　 　 　年　　 　 月　 　　 日 |
| １．診断 | ２．主訴 | |
| ３．既往歴 | ４．家族歴 | |

５.現病歴，６.理学的所見，７.検査成績，８.経過，９.考案 ： (５～９で合計1,000～1,200字程度、指定フォント：11ｐを厳守のこと)

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

　　　署名および承認印 記載欄

|  |
| --- |
| 所　属　名：  診療科長名：  　　＜署 名＞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  評価年月日： |