

(必ずお読みください)

第33回超音波検査士認定試験申請要領

公益社団法人日本超音波医学会が実施する第33回超音波検査士認定試験の受験を希望する方は、下記の要領に従い申請してください。

1. 試験日時：2017年11月26日（日） 10:00～13:00（入室開始9:00～）
2. 試験会場：東日本会場—ベルサール渋谷ガーデン（東京都渋谷区）^{*1}
西日本会場—京都市勧業館みやこめっせ（京都市）^{*2}
^{*1}東日本（北海道地区・東北地区・関東甲信越地区）
^{*2}西日本（中部地区・関西地区・中国地区・四国地区・九州地区）
会場の都合上変更する場合がございますのでご承知おきください。
3. 受験資格：以下の条件をすべて満たす者
 - 1) 日本国の看護師、准看護師、臨床検査技師、診療放射線技師の何れかの免許を有すること。
 - 2) 2014年12月31日以前に入会し、3年以上継続して、本会正会員、シニア会員、準会員（期間中にここに掲げる一つの資格からここに掲げる他の資格に種別変更があった場合を含む）、または日本超音波検査学会*の正会員であること。
 - 3) 本会認定超音波専門医または超音波指導検査士（受験領域は消化器・泌尿器・産婦人科領域に限る）の1名による推薦が得られること。
*日本超音波医学会と日本超音波検査学会の合算で3年以上継続して会員でも受験は可能です。
4. 対象領域：以下の臨床領域別に試験を行う*
体表臓器・循環器・消化器・泌尿器・産婦人科・健診・血管
*1回の試験で1領域のみ受験可能です。
5. 受験様式：1) 書類審査：超音波検査実績（抄録20例）
2) マークシート方式による筆記試験：「臨床領域」および「医用超音波の基礎」（各35問出題、各解答時間70分）
解答形式：Aタイプ「5つの選択肢（a～e）から該当する1つを選ぶもの」
X2タイプ「5つの選択肢（a～e）から該当する2つを選ぶもの」
6. 申請書類送付先：申請書類一式を作成し、必ず簡易書留・レターパックにて下記あて先へ送付すること（普通郵便・持参は不可）
〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町2-23-1 お茶の水センタービル6F
公益社団法人日本超音波医学会 超音波検査士係
7. オンライン申込期間：2017年5月22日（月）～2017年7月14日（金）
8. 書類提出期間：2017年6月1日（木）～2017年7月31日（月） <当日消印有効>
9. 受験料：20,000円*
*既納の受験料はいかなる理由があっても、返却いたしません。受験料の納入は、受験資格（特に会員歴など）を満たしていることを確認の上、行ってください。
10. その他の事項：
 - 1) 本会が受験者に不正行為に該当する行為があったと判断した場合、受験資格停止などの処分を行うことがあります。
 - 2) 学会ウェブサイト「よくあるご質問」を掲載しておりますので、ご確認ください。不明点がある場合は、本会超音波検査士係にメールでお問い合わせください。
E-mail：soumu@jsu.or.jp
 - 3) 「超音波指導検査士(腹部領域)認定試験のための講習会」への参加を希望する者は、東日本会場で受験してください。

受験申請書類記入要領

受験を希望する方は、この記入要領に準じて必要書類(様式1~4)のすべてに遺漏のないよう記入および入力してください。
申請書類(様式1~4)はオンライン申込後、ログインページより受付番号とパスワードを入力し専用ページからダウンロードをしてください。

1. 全申請書類共通
 - a. 申請書類の作成に際しては、明瞭な楷書で記入してください。
 - b. 原則として本会所定の書式を使用し、(様式3の2)は必要分コピーをとって記入してください。
 - c. パソコン等を用いる場合は、所定の位置におさめて作成してください。
 - d. **鉛筆書きの書類は認めません(スケッチも同様です)。**
 - e. 必ず原本を提出してください。コピーは認めません。
2. 超音波検査士認定試験申込書兼誓約書(様式1) 署名・捺印のうえ、受験料を払い込んだ際にお手許に残る払込取扱票の「振替払込請求書兼受領証」部分(コピー可)を必ず貼付してください。(下記「12.受験料払込用紙」見本を参照してください。)
3. 個人票(様式2) 入力間違えがないか確認後プリントアウトし、必ず顔写真を貼付してください。(下記「9.受験票」と同じ写真を貼ってください。)
4. 超音波検査実績(様式3の1)
 - a. 超音波検査を施行した施設の臨床責任医師に署名・捺印をもらってください。本会認定の超音波専門医である必要はありません。医師がいない場合、施設の責任者(常勤に限る)でも結構ですが、受験者本人による証明書は認められません。
 - b. 検査を施行した施設が複数の場合は、施設毎の書類を提出してください。
 - c. 日本国の看護師、准看護師、臨床検査技師、診療放射線技師の何れかの免許を取得してからの経験を提出してください。それ以前の経験を含めることはできません。(診療放射線技師の免許保有で受験する場合は、診療放射線技師法改正公布日1993年4月28日以降の経験になります。)
5. 超音波検査実績(様式3の2)
 - a. 受験者本人の実績を証明する必要があるため、超音波像の写真は必ず本人が検査中に撮影したものに限ります(コピーも可)。
 - b. **同一施設の複数受験者が同一症例を提出することは認めません。**
 - c. 抄録20例は、臨床領域別内訳の疾患コード別に各指定例数以上となるように提出してください(「その他」の有無は問いません)。臨床領域別の注意事項を参考にしてください。
 - d. 抄録20例は全て、超音波専門医または超音波指導検査士(消化器・泌尿器・産婦人科領域に限る)による記載内容の確認を受け、署名・捺印をいただってください。
6. 超音波検査士認定試験受験者推薦状(様式4)
 - a. 超音波専門医一覧・超音波指導検査士一覧を参照のうえ、指導を受けた超音波専門医または超音波指導検査士(消化器・泌尿器・産婦人科領域に限る)に、受験者本人から直接依頼をして、署名・捺印をいただってください。
 - b. 受験希望領域と推薦者の領域・地域については一致する必要はありません。
 - c. 超音波指導検査士の場合には、受験領域は消化器・泌尿器・産婦人科領域に限ります。
7. 超音波検査研修申告(オンライン登録時に申請)

「超音波検査実績」(様式3の2)で署名をいただいた超音波専門医または超音波指導検査士(消化器・泌尿器・産婦人科領域に限る)を記入してください。その他の超音波専門医または超音波指導検査士(消化器・泌尿器・産婦人科領域に限る)に超音波検査の実地教育・指導を受けている場合は、その名前を記入してください。合計で4名まで記入できます。
8. 国家試験合格証明書
 - a. 国家試験合格証明書または免許証の写しは、必ずA4半に縮小コピーをしてください。

- b. 再発行の免許証の場合で、裏面に登録年月日の部分が記されている場合は、裏面のコピーも必ず添付してください。
- c. 改姓などにより、現在の姓名と国家試験合格証明書の姓名が異なる場合は、両方の姓名が同一人である証明証(例えば、戸籍抄本・運転免許証の写しなど)を添付してください。また、再発行手続き中の場合も同様にしてください。

9. 受験票 写真を1枚送付してください(縦4cm×横3cm・最近6ヶ月以内で脱帽の写真・裏に氏名・受付No.を書くこと)。

10. 受験票送付用切手 392円切手を送付してください(310円+82円切手とする)。

11. 受験票送付について
- a. 受験票は簡易書留で発送します。10月下旬発送予定です。発送先の選択(自宅・勤務先)にあたっては、この時期に必ず受け取れる住所を選んでください。
 - b. 10月下旬までに受験票の発送先に変更があった場合は、本会にメールにてご連絡ください。
 - c. 転居の際、郵便局に転居届を提出されれば、1年間、旧住所あての郵便物等を新住所に無料で転送されますのでご利用ください。
<https://www.post.japanpost.jp/service/tenkyo/>

12. 受験料払込について
- a. 郵便局備え付けの払込用紙を使用し、通信欄に「第33回超音波検査士認定試験受験料」、受付No, 検査士番号(RMS No.) (既に超音波検査士の資格を取得している者のみ), 日本超音波医学会会員番号, 検査学会会員番号および氏名を明記し払込をしてください(見本参照)。
 - b. 受験料の入金には受付No.が必要となりますので、オンライン申込後に払込をしてください。

ゆうちょ銀行振替口座
 口座番号：00130-8-93294
 受験料：20,000円
 加入者名：公益社団法人日本超音波医学会

*他の金融機関からの振り込みされる場合は、名前の前に必ず受付No.を入れてください。

見 本																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">00 東京</td> <td style="text-align: center;">払 込 取 扱 票</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00130-8-93294</td> <td style="text-align: center;">金額 千円 百円 十円 円 ¥ 20000</td> </tr> <tr> <td>公益社団法人 日本超音波医学会</td> <td>備考</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> * 公益社団法人日本超音波医学会 第33回超音波検査士認定試験 受験料 20,000円 受付No. _____ RMSNo. _____ 日超医学会員番号 _____ 検査学会会員番号 _____ 氏名 _____ </td> </tr> <tr> <td>ご依頼人</td> <td>日 期</td> </tr> <tr> <td>〒</td> <td>印</td> </tr> </table>	00 東京	払 込 取 扱 票	00130-8-93294	金額 千円 百円 十円 円 ¥ 20000	公益社団法人 日本超音波医学会	備考	* 公益社団法人日本超音波医学会 第33回超音波検査士認定試験 受験料 20,000円 受付No. _____ RMSNo. _____ 日超医学会員番号 _____ 検査学会会員番号 _____ 氏名 _____		ご依頼人	日 期	〒	印	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">振替払込請求書兼受領証</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00130-8</td> <td style="text-align: center;">93294</td> </tr> <tr> <td>公益社団法人 日本超音波医学会</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">金額 千円 百円 十円 円 ¥ 20000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ご依頼人</td> <td>日 期 印</td> </tr> <tr> <td>料 金</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>備 考</td> <td></td> </tr> </table>	振替払込請求書兼受領証		00130-8	93294	公益社団法人 日本超音波医学会		金額 千円 百円 十円 円 ¥ 20000		ご依頼人	日 期 印	料 金	円	備 考	
00 東京	払 込 取 扱 票																										
00130-8-93294	金額 千円 百円 十円 円 ¥ 20000																										
公益社団法人 日本超音波医学会	備考																										
* 公益社団法人日本超音波医学会 第33回超音波検査士認定試験 受験料 20,000円 受付No. _____ RMSNo. _____ 日超医学会員番号 _____ 検査学会会員番号 _____ 氏名 _____																											
ご依頼人	日 期																										
〒	印																										
振替払込請求書兼受領証																											
00130-8	93294																										
公益社団法人 日本超音波医学会																											
金額 千円 百円 十円 円 ¥ 20000																											
ご依頼人	日 期 印																										
料 金	円																										
備 考																											

13. 基礎免除証明書
- a. 第33回超音波検査士認定試験**基礎免除証明書**を有する場合は、同証明書を提出してください。
 - b. 本書類の提出がない場合は、基礎免除にはなりませんので基礎領域を受験していただきます。
14. 書類発送時の注意
- a. 申請書類 — 様式1, 様式2, 様式3の1, 様式3の2, 様式4, 各種証明書の順に重ね、顔写真、切手を忘れず同封してください。
 - b. 封筒 — A4サイズを用い、送信者の住所、氏名、受付番号を明記してください。
15. その他
- a. 氏名の掲載 — 試験に合格した際は、日本超音波医学会学会誌に合格者一覧と日本超音波医学会ウェブサイトを検査士一覧を掲載いたします。掲載を希望しない者は**2018年1月31日まで**に事務局までメールでご連絡ください。
 - b. 氏名の変更 — 試験受験申請から試験終了までの間に氏名変更があった場合は、所属する会への氏名変更を適宜行ってください。ただし、本試験に関しては受験終了までは登録した氏名にて受験し、合格後に発送する「認定証交付申請書」にて変更のご連絡を行ってください。

以上

超音波検査実績臨床領域別内訳

【基本的注意事項】

- 1) 合計 20 症例以上あること*1 (疾患コードの症例数を満たしていること)。
受験者自身が実際に検査を施行した 20 症例であること。
*1疾患内容内訳の「その他」については、有無を問わない。
- 2) 超音波専門医または指導検査士の署名・捺印が 20 例すべてにあること。
超音波専門医、指導検査士に確認いただくこと
①受験者が確実にその検査を施行したか。
②抄録の記載が超音波検査実績作成にあたっての注意点に従って記載されているか。
- 3) 各疾患に必要な評価項目を網羅した上で、検査結果の全体像がわかるように所見を記載すること。
- 4) 診療における当該超音波検査の役割がわかるように、超音波所見と臨床診断との関連を記載すること。臨床症状との関連、他の検査法の結果や手術所見との対比、治療法選択や予後予測に関する考察などを含むこと。
基本的には最終診断名（必ずしも病理組織学的な診断がつかなくてもよい）に記載された疾患の症例とする。
- 5) 主要な超音波診断の根拠となる写真を数枚貼付すること。写真は診断に耐える画質であること（コピーも可）。
写真の個人情報を削除すること。
- 6) 画像をどのように解釈したかがわかるように、貼付した写真に対応する手書きスケッチ（鉛筆書きは不可）を記入すること（血管領域については、見本のようなパソコンによるスケッチでも可）。スケッチには、主要所見の端的な説明を添えること。また、病変部位の超音波所見の記載のみでなく、解剖が分かるように描出されている血管や臓器、筋肉などの説明も加えること。なお、自分の手での確にスケッチ（描写）することは重要な作業であり、評価項目の1つとしている。
- 7) 具体的疾患の詳細については「[超音波検査士研修ガイドライン](#)」を参照する。
- 8) 内容は簡潔で読みやすいものであること。
- 9) 合否判定は【書類審査】の評価と【筆記試験（臨床領域）】・【筆記試験（基礎領域）】各々の正答率がすべて60%以上とする。
- 10) 申請書類の再提出はできません。「診断と異なる所見記載」「間違った用語の使用」「誤字脱字」などは減点対象ですが、「患者情報の消去もれ」も大きな減点対象となります。
- 11) 血管領域のみ、同一患者で複数の疾患（所見）がみられる場合は、2 症例までは別な疾患コードとして申請できます。

【超音波検査実績作成にあたって】

「超音波検査所見」欄の記載上の注意点

- 1) 正確な超音波用語を使用すること。
“医用超音波用語集” や “超音波検査士研修ガイドライン” を参照のこと。
- 2) 悪性腫瘍に関しては所属リンパ節の状態についても（たとえ異常がなくとも）記載すること。
- 3) 大きさ（腫瘍径など）に関しては、適切な記号を使用すること。
（正） 2.1×3.5cm （誤） φ2.1*3.5cm （φは直径を意味する）
- 4) 略語を使用するときは、必ず最初に説明を加えること。
例 FNAC（fine needle aspiration cytology; 穿刺吸引細胞診）
- 5) 各施設で独自に使用していると思われる用語、略語、診断基準などについてはその使用を控えること。

【超音波所見と臨床診断との関連について】

症状、理学所見、検査所見、他の画像診断などを多角的に考察し、超音波所見との関連や超音波診断に至った理由について記載する。また病理学的に診断のついた症例に関しては超音波検査所見や超音波診断と比較し、さらに考察を加える。

【最終診断名】

細胞診、組織診、摘出標本（手術）、剖検などにより病理組織学的に診断のついた症例の提示が望ましいが、症状・検査・他の画像検査の結果から総合的に判断・診断された症例、あるいは経過を追って臨床的に推定・診断した症例を記載してもよい。

【超音波診断医】

「超音波診断医」とは各施設の超音波検査担当医のことであり、自署サイン欄の「認定超音波専門医」と一致する必要はない。（認定超音波専門医資格の有無は問わない）

【健診領域について】

超音波検査実績における「最終診断名」及び「超音波診断」「最終診断」欄は無記入で結構ですが（様式3の2）の[超音波所見から考えられる臨床診断]は、必ず記載してください。

超音波検査士認定試験受験者推薦状

公益社団法人日本超音波医学会理事長 殿

受験者氏名 超音波 太郎

生年月日 19 〇〇年 〇〇月〇〇日生 (男・女)*

上記の者は、公益社団法人日本超音波医学会の定める超音波検査士

(体表臓器・循環器・消化器・泌尿器・産婦人科・健診・血管)*

の認定試験を受験するにたる人格および知識経験技量を備えており、かつ臨床経
験が基準に十分達していることを認めます。

 20 〇〇年 〇〇月 〇〇日

施設名 〇〇病院

公益社団法人日本超音波医学会

認定超音波専門医氏名 〇〇 〇〇

(自署) 〇〇 〇〇 ㊟

(FJSUMNo. - 〇〇〇〇)

*いずれかの受験領域に印をつけてください。

体表臓器

疾患コード	疾患内容内訳	症例数
A-1	乳腺疾患	6例以上
A-2	甲状腺疾患	5例以上
A-3	副甲状腺(上皮小体)・リンパ節疾患	2例以上
A-4	その他	

- * A-1 : 疾患例 : 線維腺腫、葉状腫瘍、乳管内乳頭腫、乳腺症、乳腺炎、女性化乳房症、非浸潤性乳管癌、浸潤性乳管癌 (乳頭腺管癌、充実腺管癌、硬癌)、髓様癌、粘液癌、浸潤性小葉癌、ほか
- * A-2 : 疾患例 : バセドウ病、プランマー病、橋本病 (慢性甲状腺炎)、亜急性甲状腺炎、腺腫様甲状腺腫、濾胞腺腫、甲状腺癌 (乳頭癌、濾胞癌、髓様癌、未分化癌)、甲状腺悪性リンパ腫、正中頸嚢胞、ほか
- * A-3 : 疾患例 : 副甲状腺腺腫、過形成、癌、続発性副甲状腺機能亢進症 (過形成)、頸部壊死性リンパ節炎、結核性頸部リンパ節炎、悪性リンパ腫、リンパ節転移、ほか
- * A-4 : 体表臓器 (皮膚・皮下軟部組織、関節・骨・筋肉組織、耳下腺・顎下腺) 疾患
疾患例 : 粉瘤 (アテローム)、蜂窩織炎、血管腫、皮膚腫瘍、脂肪腫、神経鞘腫、皮下膿瘍、側頸嚢胞、リンパ管腫、ガングリオン、ベーカー嚢胞、唾液腺腫瘍 (多形腺腫、単形腺腫、ワルチン腫瘍、癌)、唾石症、ガマ腫、慢性反復性顎下腺炎、シェーグレン症候群、リンパ浮腫、骨・筋肉疾患、ほか

【基本的注意事項】

- ・同一患者で複数の疾患 (所見) が見られる場合は、それぞれを対象とした別々の症例として扱わないこと。
例 : 「乳癌+腋窩リンパ節転移+骨転移」の場合に「腋窩リンパ節転移」を対象とするなら、A-3 (リンパ節) 疾患扱いとしてよいが、そのときはA-1 (乳癌) 症例としては提出できない。

【超音波検査実績作成にあたって】

- ・ 公示された基準をもとに所見を記載すること。
日本超音波医学会ホームページの「診断基準」の項を参照
“乳腺疾患超音波診断のためのガイドライン”
“甲状腺結節 (腫瘤) 診断基準”
- ・ 病変部分だけを記載するのではなく、健側についても (たとえ異常がなくとも) 記載すること。

【超音波診断】欄について

必ずしも「病理学的診断名」 (充実腺管癌 ; 髓様癌など) まで記載する必要はなく、例に示すような疾患名でも可。

例 ⇒ 乳腺腫瘍 (良性疑い) 乳癌疑い 腋窩リンパ節転移疑い
甲状腺腫瘍 (悪性疑い) 濾胞腺腫 バセドウ病

記入例 (見本は専門医のもので、本用紙は超音波指導検査士のものもあります。)

(必ず記載すること) 受付No.

(様式3の2)

超音波検査実績

超音波診断報告書抄録

受験者氏名 本郷 一郎 受験臨床領域 体表臓器

抄録番号	5	年齢	53	性別	女
施設名	超音波病院			疾患コード	A-1
検査年月日	2010年4月26日	超音波診断医名(担当医)		超音波 太郎	

[超音波検査所見]

右側：D領域(7時方向)に、形状：不整形、大きさ：20×13mm 縦横比：0.7の腫瘍を認める。
境界部：不明瞭・粗糙、内部エコー：低・不均一、後方エコー：減弱、
前方境界線：断裂、バスキュラリティ：内部を貫通する拍動性血流を認める。

左側：異常所見なし。

リンパ節：右側腋窩部に、7mmの縦横比：大、リンパ節門構造の消失したリンパ節有り。
右側腋窩に、胸骨傍・鎖骨上・鎖骨下に腫大したリンパ節を認めない。

超音波診断*	右乳癌、右腋窩リンパ節転移疑い
--------	-----------------

健診以外の領域：[超音波所見と臨床診断との関連について]

健診：[超音波所見から考えられる臨床診断]を記載する

右乳房に腫瘍を自覚し来院。マンモグラフィでは、右下外側領域に高濃度のspiculationを伴う円形腫瘍を認め、随伴する石灰化(-)、カテゴリ-5と判定された。乳腺MRI、3DCTでは、右D領域に25mm大の不整形腫瘍を指摘、大胸筋のひきつれと右腋窩にリンパ節転移を疑う所見を認めた。

超音波診断では、右7時方向に境界部不明瞭・粗糙、不整形の腫瘍を認めた。内部エコーは低・不均一、前方境界線断裂、境界部高エコー像(+)を認め乳癌と診断した。また、右腋窩に腫大したリンパ節を認め転移を疑った。針生検の結果、invasive ductal carcinomaであった。右乳房切除術が施行され、術中センチネルリンパ節転移陽性で腋窩リンパ節郭清も行われた。

摘出された腫瘍の病理診断はinvasive ductal carcinoma (scirrhous carcinoma)であった。

最終診断*	乳癌(硬癌)、腋窩リンパ節転移
-------	-----------------

* 健診領域を受験される方は「超音波診断」「最終診断」は無記入として下さい。

日本超音波医学会理事長 殿

日本超音波医学会の定める超音波検査士認定試験を受験する基準に十分な抄録であることを認めます。

日本超音波医学会
認定超音波専門医氏名
(自署)

印

(FJSUMNo -)

抄 録 番 号

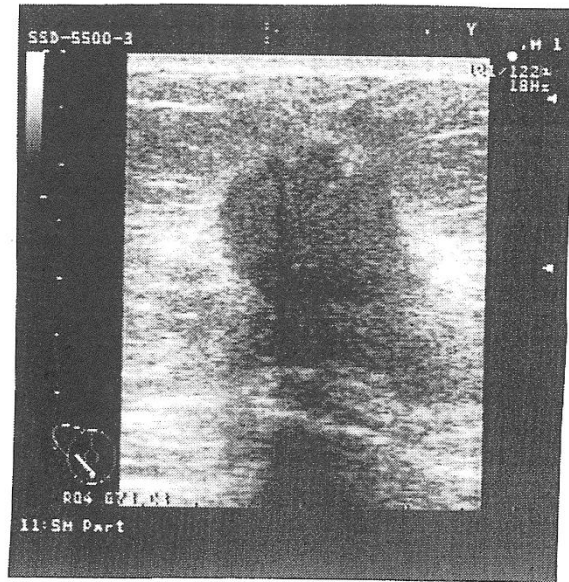
3

受 験 者 氏 名

神 田 三 郎

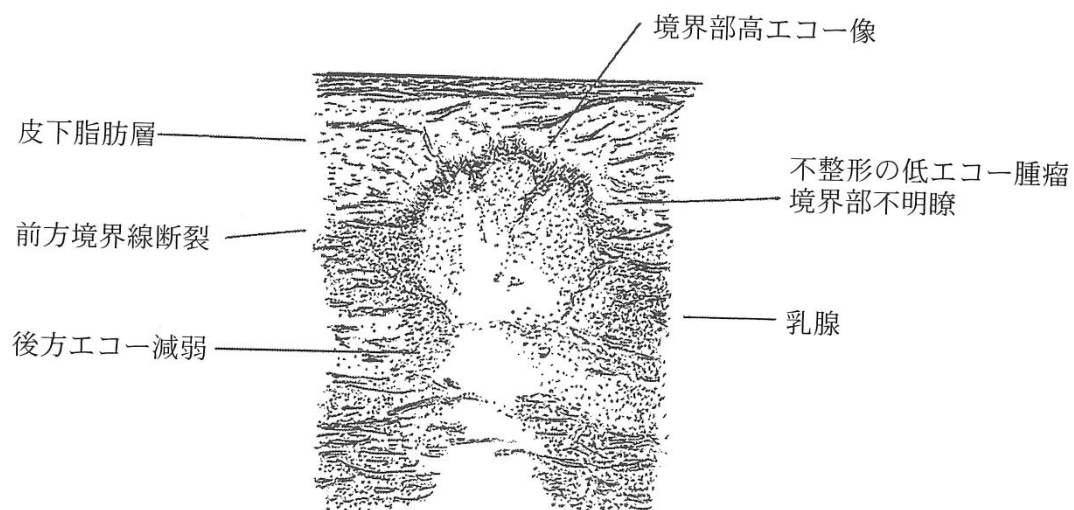
[写真貼付欄]

※ 写真裏面に、受験者氏名・受験領域・抄録番号を付記し、はがれないように貼付すること。



[スケッチ記入欄]

※スケッチは手書きとする。しかし血管領域についてはパソコンによるスケッチでも可とする。
鉛筆書きは不可。



記入例 (見本は専門医のものです。本用紙は超音波指導検査士のものもあります。)

(必ず記載すること) 受付No. _____

(様式3の2)

超音波検査実績

超音波診断報告書抄録

受験者氏名 _____ 本郷 一郎 _____ 受験臨床領域 _____ 体表臓器 _____

抄 録 番 号	10	年 齢	71	性 別	男
施 設 名	超音波病院			疾患コード	A-2
検 査 年 月 日	2010年7月17日	超音波診断医名 (担当医)	超音波 六郎		
[超音波検査所見]					
<p>甲状腺右葉背側に甲状腺と被膜を共有する様にして扁平な12×5×15mm (横×厚さ×縦) の限局性病変が存在する。境界は明瞭で整、内部エコーは均一で極めて低い。カラードプラ法 (写真無し) で内部に豊富な血流を認める。</p> <p>甲状腺内に小嚢胞性病変が存在するが、峡部は3mmで、甲状腺のびまん性腫大は認めない。</p>					
超 音 波 診 断 *	副甲状腺腫大、甲状腺嚢胞				
健診以外の領域: [超音波所見と臨床診断との関連について] 健診: [超音波所見から考えられる臨床診断]を記載する					
<p>高カルシウム血症(12.1mg/dl)、低リン血症(2.1mg/dl)を認める。骨型アルカリフォスファターゼおよび副甲状腺ホルモンいずれも高値で、臨床的に副甲状腺機能亢進症と診断された。超音波診断では副甲状腺右下腺に相当する場所に境界明瞭で扁平な低エコー腫瘤を認めた。同腫瘤は副甲状腺腫大と考えられ、同腺の副甲状腺ホルモン分泌過剰による原発性副甲状腺機能亢進症と診断した。</p> <p>治療として腫大副甲状腺摘出術を受け、病理診断は副甲状腺腺腫であった。</p>					
最 終 診 断 *	原発性副甲状腺機能亢進症				

* 健診領域を受験される方は「超音波診断」「最終診断」は無記入として下さい。

日本超音波医学会理事長 殿

日本超音波医学会の定める超音波検査士認定試験を受験する基準に十分な抄録であることを認めます。

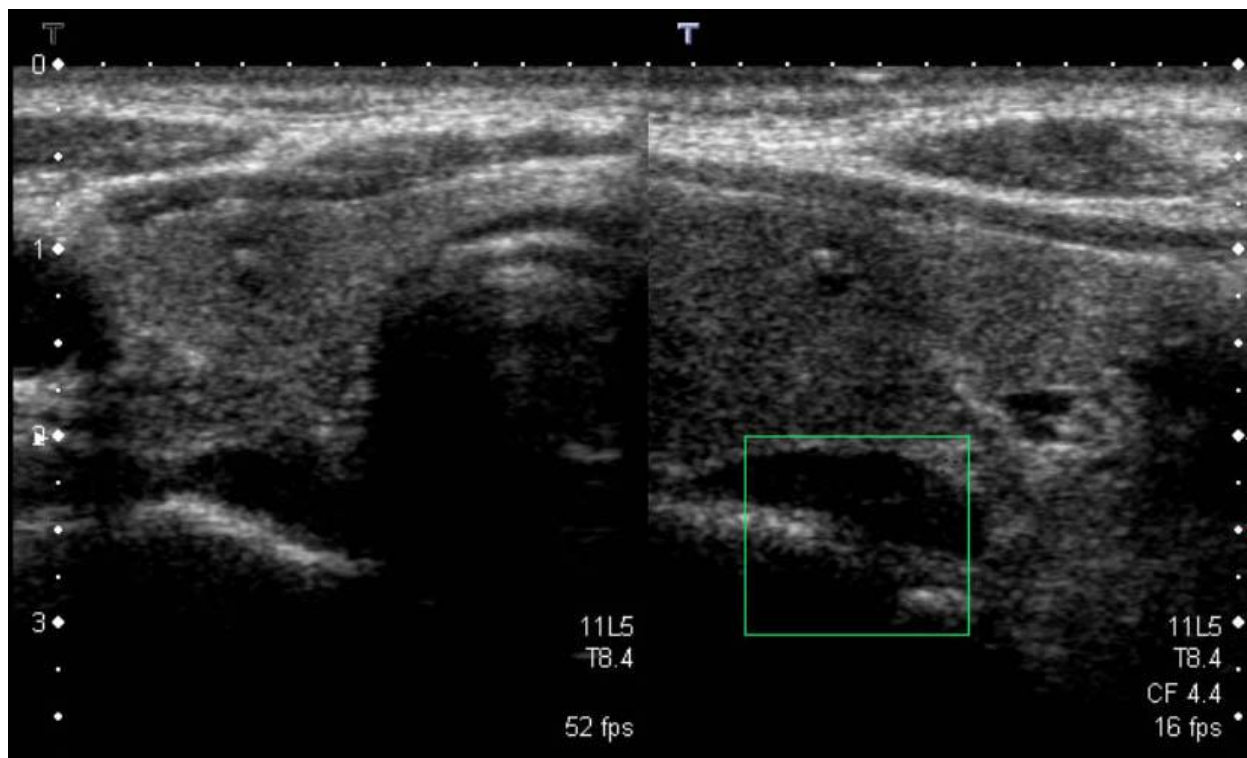
日本超音波医学会
認定超音波専門医氏名
(自署)

印

(FJSUMNo - _____)

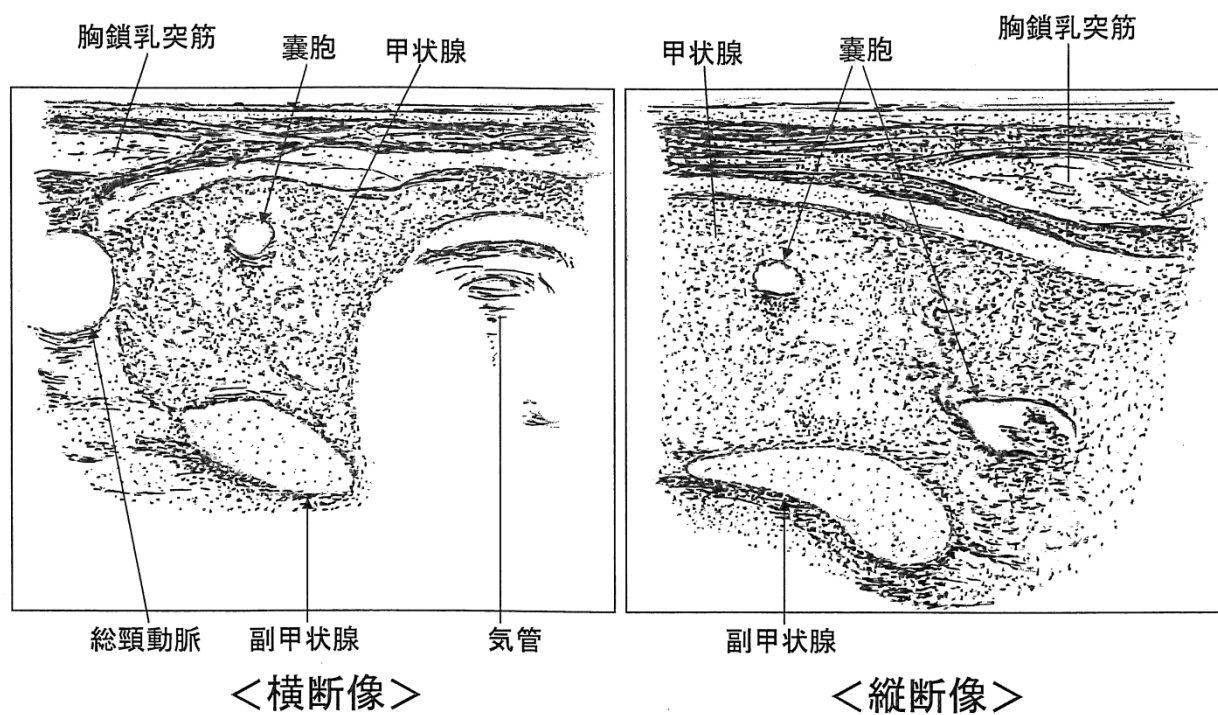
[写真貼付欄]

※ 写真裏面に、受験者氏名・受験領域・抄録番号を付記し、はがれないように貼付すること。



[スケッチ記入欄]

※スケッチは手書きとする。しかし血管領域についてはパソコンによるスケッチでも可とする。
鉛筆書きは不可。



循環器

疾患コード	疾患内容内訳	症例数
B-1	弁疾患（弁膜症）	4例以上
B-2	冠動脈疾患（虚血性心疾患）	4例以上
B-3	心膜・心筋疾患	4例以上
B-4	先天性心疾患	2例以上
B-5	胸部大動脈解離あるいは胸部大動脈瘤	1ないし2例
B-6	その他	

*同一患者で複数の所見があり、2つ以上の疾患コードが該当すると考えられた場合でも、主要な所見に該当する疾患コードを1つだけ選択すること。

*超音波検査実績「超音波診断報告書抄録」の見本を参考に、検査値の書き方、画像の選択、スケッチの書き方、所見の解釈、他の検査結果との比較、などに関して、十分に確認すること。

*超音波診断の根拠となる写真は数枚貼付すること（通常一枚では病態を説明するのに不十分である）。逆流性弁膜疾患では弁病変を示す断層エコー図とカラードプラ図、狭窄性弁膜疾患では弁病変を示す断層エコー図とカラードプラ図に加え狭窄度に関連する連続波ドプラ波形図を示すこと。左室壁運動異常を有する症例では壁運動異常を示す拡張末期と収縮末期の断層像を複数の断層画面で示すこと。また、逆流・狭窄・短絡血流を有する症例ではカラードプラ図を白黒写真ではなくカラー写真として貼付すること。

*スケッチには解剖学的な位置関係が理解できるように、描出されている心腔の名称を記入すること。

*「弁疾患（弁膜症）」は、ガイドラインの「後天性弁疾患」に加え、弁病変を伴う「感染性心内膜炎」などの疾患が含まれる。「超音波検査所見」には、リウマチ性、先天性、退行変性などの原因となる病態について記載すること。

*「先天性心疾患」において短絡疾患では原則的に Qp/Qs を記載すること。

*循環器領域の超音波検査の目的には心機能評価が重要な項目の一つであり、全症例において左室内径指標や容積指標に加え、左室流入血流速波形の解析が有用であり、原則として各計測値とその評価を記載すること。心房細動症例においても拡張早期最大血流速度(E波高)は記載すること。また、心機能指標は左室流入血流速波形を含め、その解釈が重要であり、指標の解釈も記載すること。

*左室容積の計測、左室駆出率の算出には、左室内径からTeichholz法を用いるのではなく、心尖部アプローチ断層像より修正Simpson法を用いること。左室壁運動異常を有する症例にTeichholz法は用いることは不適切である。

*次の誤字には十分に注意すること。

(誤)僧房弁→(正)僧帽弁、(誤)同調律→(正)洞調律、(誤)圧格差→(正)圧較差、(誤)陳急性→(正)陳旧性

記入例(見本は専門医のものです。本用紙は超音波指導検査士のものもあります。)

(必ず記載すること) 受付No.

(様式 3 の 2)

*様式3の2は両面にする必要はありません。

超音波検査実績

超音波診断報告書抄録

受験者氏名 本郷 太郎 受験臨床領域 循環器

抄録番号	1	年齢	76	性別	男性
施設名	超音波病院			疾患コード	B-1
検査年月日	2014年7月1日	超音波診断医名(担当医)		超音波 次郎	
<p>【超音波検査所見】 身長：162cm, 体重：57kg, 体表面積：1.6m², 調律：心房細動 【左室】 Dd：52mm, Ds：32mm, IVSTd：12mm, PWTd：12mm, シンプソン法 EDV：84ml, ESV：27ml EF：68%, SV：57ml 【左房】 LAD：47mm, LAV：105ml 【大動脈弁】 AVD：18.3mm, peak V：456cm/s, max PG：83mmHg, mean PG：50mmHg, AVA(連続の式)：0.59cm², AVAI：0.4cm²/m², Asc Ao：37mm 【僧帽弁】 E：88cm/s, DT：170ms, mean E/E' 10, 【三尖弁、下大静脈】 TRPG：29mmHg, 推定RAP圧：3mmHg, 推定RV圧：32mmHg 大動脈弁：三尖あり、弁尖および弁輪部に強い石灰化を認める。 血流速度、圧較差、連続の式によるAVAの結果から石灰化変性に伴う高度ASと考える。 AR jetは幅広く乳頭筋に達する中等度ARを認める。 上行大動脈：拡大なし 僧帽弁：弁尖の石灰化およびMACを認める。MSは認められない。MRは軽微である。 左室：軽度肥大を呈する。収縮機能は正常。局所壁運動異常を認めない。 左房：高度拡大を呈する。観察可能な範囲において左房内血栓は確認されない。 三尖弁：弁輪拡大に伴う中等度TRを認める。右室圧の上昇は認められない。</p>					
超音波診断*	高度大動脈弁狭窄症、中等度大動脈弁閉鎖不全症、僧帽弁尖および僧帽弁輪石灰化、軽度左室肥大、高度左房拡大、中等度三尖弁閉鎖不全症				
健診以外の領域：[超音波所見と臨床診断との関連について] 健診：[超音波所見から考えられる臨床診断]を記載する 慢性腎不全で透析中の症例である。ここ2ヶ月で増悪する労作時息切れを主訴に来院され、心エコー図検査の結果、重症大動脈弁狭窄症が認められた。また透析によると考えられる石灰化病変が僧帽弁にも認められたが有意な僧帽弁膜症は認められなかった。症状を有する重症大動脈弁狭窄症であることから大動脈弁置換術の適応と判断された。虚血心疾患精査のため冠動脈造影検査を行ったが有意狭窄所見は認められなかった。また中等度三尖弁閉鎖不全が認められることから三尖弁輪形成術も併せて施行する方針となった。心房細動は慢性で高度に左房拡大が認められることから左心耳結紮術のみ行い、術中アブレーションは施行しない方針となった。後日生体弁による大動脈弁置換術、左心耳結紮術および三尖弁輪形成術が施行され、術後経過良好にて外来経過観察となった。					
最終診断*	高度大動脈弁狭窄兼中等度大動脈弁閉鎖不全症、中等度三尖弁閉鎖不全症、慢性心房細動、慢性腎不全(透析導入後)				

* 健診領域を受験される方は「超音波診断」「最終診断」は無記入として下さい。

日本超音波医学会理事長 殿

日本超音波医学会の定める超音波検査士認定試験を受験する基準に十分な抄録であることを認めます。

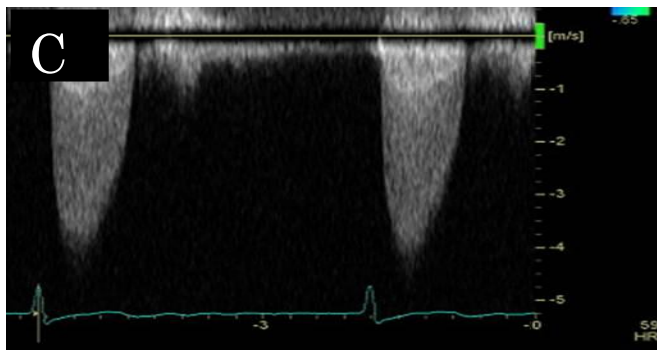
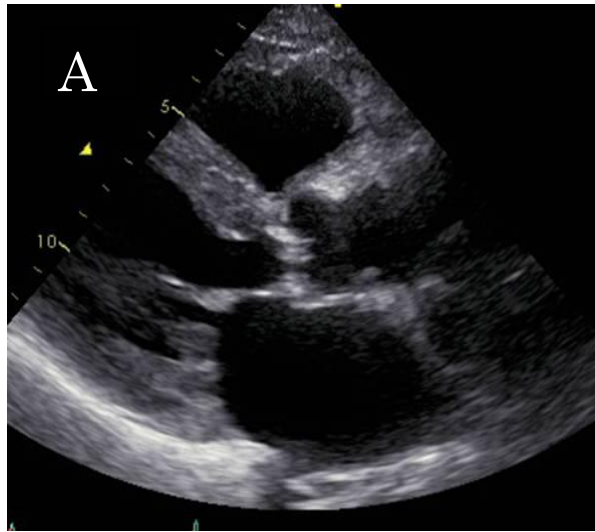
日本超音波医学会
認定超音波専門医氏名
(自署)

印

(FJSUMNo -)

[写真貼付欄]

※写真裏面に、受験者氏名・受験領域・抄録番号を付記し、はがれないように貼付すること。

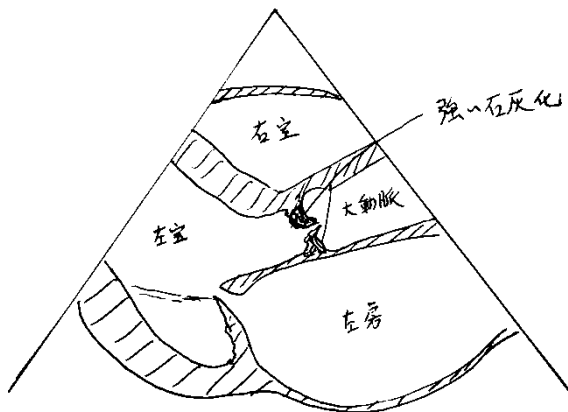


- A: 傍胸骨左室長軸断面(収縮期)
- B: 傍胸骨左室短軸断面 大動脈弁レベル (収縮期)
- C: 大動脈弁通過血流速

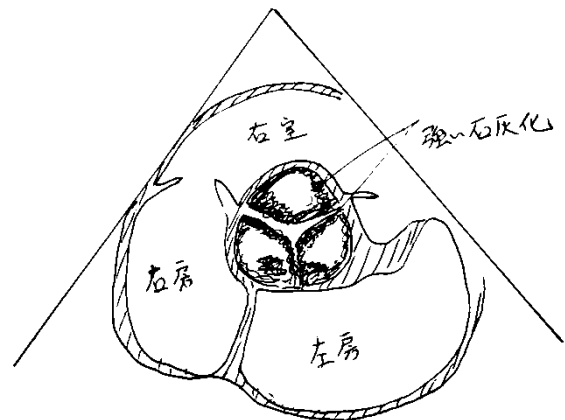
[スケッチ記入欄]

※スケッチは手書きとする。しかし血管領域についてはパソコンによるスケッチでも可とする。鉛筆書きは不可。

傍胸骨左室長軸断面(収縮期)



傍胸骨左室短軸断面 大動脈弁レベル (収縮期)



記入例(見本は専門医のもので、本用紙は超音波指導検査士のものであります。)

(必ず記載すること) 受付No.

(様式 3 の 2)

*様式3の2は両面にする必要はありません。

超音波検査実績

超音波診断報告書抄録

受験者氏名 超音波 花子 受験臨床領域 循環器

抄録番号	2	年齢	24	性別	男性
施設名	超音波病院			疾患コード	B-3
検査年月日	2011年1月5日	超音波診断医名(担当医)		本郷 次郎	
<p>[超音波検査所見] ECG:洞調律 (HR 84bpm) LVDD 75mm、LVDs 72mm、%FS 4%、左室駆出率 (Biplane modified Simpson法) 16% IVST 9mm、PWT 6mm、AoD 28mm、LAD 46mm、IVCD 12mm E 99cm/sec、A 45cm/sec、E-DcT 120msec、E/A 2.20、E' (側壁) 7cm/sec、E/E' 14.1 カラードプラ所見: MR (mild~moderate)、AR (-)、TR (mild)、PR (-)</p> <p>左室内腔75mmと著明に拡大している。左室壁は全体に菲薄化し、壁運動は高度に低下している。特に下後壁の壁厚増加はほとんど消失しakinesisを呈し、Biplane modified Simpson法によるEFは16%である。左室内の観察可能な範囲に血栓を疑う所見は認められない。左室流入血流速度波形は高度の収縮低下やDcTの短縮、E'低値などを考慮し、拘束型波形と考えられる。</p> <p>左房は縦方向に軽度拡大する。左心耳内を含め、観察可能な範囲に血栓を疑う所見は認められない。僧帽弁には器質的変化を認めないが、tetheringにより弁接合が左室側へ偏位している。正中部より生じる軽度~中等度の僧帽弁逆流が観察され、機能性MRと考えられた。</p> <p>右心系の拡大はないが、軽度三尖弁逆流が観察される。下大静脈の拡張はなく呼吸性変動が認められる。TRより推定される右室収縮期圧は46mmHgと軽度上昇する。心膜液の貯留は認められない。</p>					
超音波診断*	高度左室拡大、高度左室収縮機能不全、軽度左房拡大、機能性僧帽弁閉鎖不全 (軽度~中等度)、三尖弁閉鎖不全 (軽度)、右室圧上昇 (軽度)				
<p>健診以外の領域: [超音波所見と臨床診断との関連について] 健診: [超音波所見から考えられる臨床診断]を記載する</p> <p>安静時の呼吸困難を主訴に来院した症例である。既往歴として統合失調症を指摘されている。胸部エックス線写真にて心陰影の拡大を認め、心電図では頻脈と多形性の心室性期外収縮が記録された。血液検査にてBNP値 1404pg/mlと著明な上昇を認めた。超音波検査にて著明な左室の拡大と壁運動の高度低下を認め、拡張型心筋症を疑う所見を認めた。精査入院後の心臓カテーテル検査では、冠動脈に有意狭窄なく、心筋生検やシンチ検査から特発性拡張型心筋症と診断された。投薬による心不全コントロールを行いながら、今後は心移植や補助人工装置の使用を検討していく方針となった。</p>					
最終診断*	慢性心不全 特発性拡張型心筋症 中等度僧帽弁閉鎖不全症 心室性期外収縮 統合失調症				

* 健診領域を受験される方は「超音波診断」「最終診断」は無記入として下さい。

日本超音波医学会理事長 殿

日本超音波医学会の定める超音波検査士認定試験を受験する基準に十分な抄録であることを認めます。

日本超音波医学会
認定超音波専門医氏名
(自署)

印

(FJSUMNo -)

抄録番号

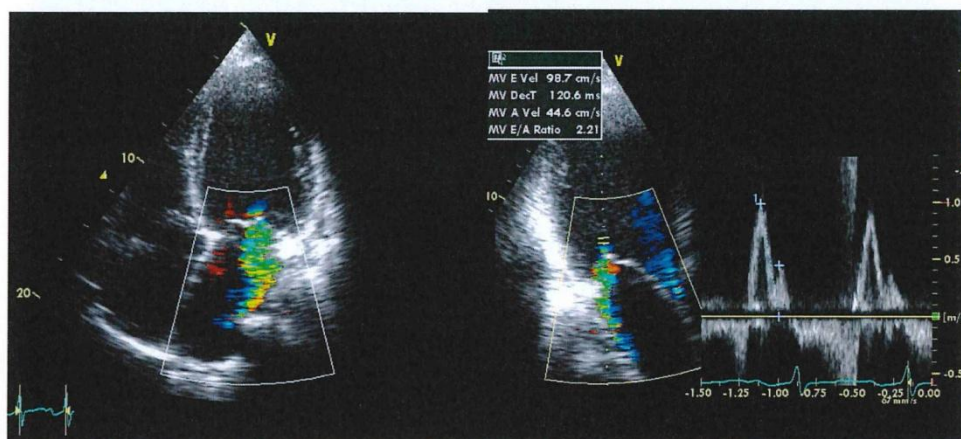
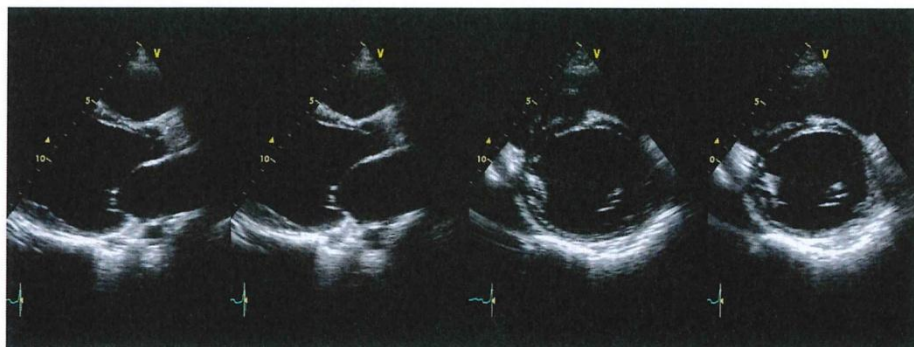
1

受験者氏名

超音波 花子

[写真貼付欄]

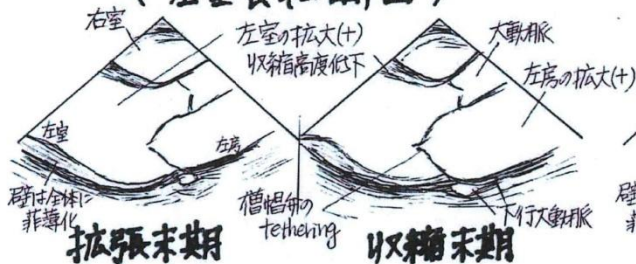
※写真裏面に、受験者氏名・受験領域・抄録番号を付記し、はがれないように貼付すること。



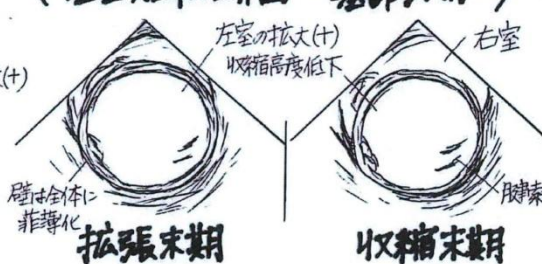
[スケッチ記入欄]

※スケッチは手書きとする。しかし血管領域についてはパソコンによるスケッチでも可とする。

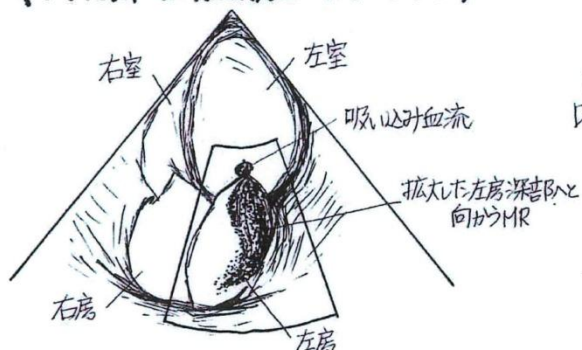
〈左室長軸断面〉



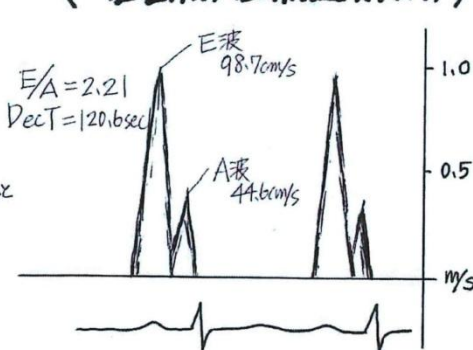
〈左室短軸断面 - 基部レベル〉



〈心尖部四腔断面 カラーDoppler〉



〈左室流入血流速度波形〉



記入例(見本は専門医のものです。本用紙は超音波指導検査士のものもあります。)

(必ず記載すること) 受付No.

(様式 3 の 2)

*様式3の2は両面にする必要はありません。

超音波検査実績

超音波診断報告書抄録

受験者氏名 本郷 太郎 受験臨床領域 循環器

抄録番号	3	年齢	15	性別	男性
施設名	超音波病院			疾患コード	B-4
検査年月日	2012年7月18日	超音波診断医名(担当医)		本郷 次郎	
<p>[超音波検査所見] ECG:洞調律 (HR81bpm) LVDd 40mm、LVDs 27mm、%FS 33%、左室駆出率 (biplane modified Simpson法) 60% IVST 9mm、PWT 8mm、AoD 25mm、LAD 32mm、IVCD 6mm E 131cm/sec、A 51cm/sec、E/A 2.57、DcT 176msec、E' (側壁) 24cm/sec、E/E' 5.5 カラードプラ所見: MR (-)、AR (-)、TR (mild)、PR (mild)</p> <p>心房中隔卵円窩の位置に約20mmの欠損孔を認める。心周期を通して同部を通過する左右短絡血流が観察、二次孔型心房中隔欠損と考えられる。逆短絡は認めない。肺体血流量比 (Qp/Qs) は3.1と計測される。右心系は全体に拡大している。右室の壁運動は良好で軽微な三尖弁逆流(TR)および肺動脈弁逆流を認める。下大静脈は拡張なく呼吸性変動を認める。TRより推定される右室収縮期圧は39mmHgと軽度上昇している。短軸像において左室は拡大した右室による圧排を受け拡張期に軽度扁平化する。左室Mモード図において心室中隔の奇異性運動を認めるが、自由壁には良好な収縮運動が観察され、左室全体の収縮性は保たれている。左室流入血流速度波形は年齢に相応の波形形態を呈し、正常と判断される。僧帽弁前尖は正中中部から後交連側が逸脱傾向を示すが、有意な僧帽弁逆流は認められない。</p>					
超音波診断*	心房中隔欠損症 (二次孔欠損)、右房右室拡大、右室圧上昇 (軽度)、三尖弁閉鎖不全 (軽度)、肺動脈弁閉鎖不全 (軽度)				
<p>健診以外の領域: [超音波所見と臨床診断との関連について] 健診: [超音波所見から考えられる臨床診断]を記載する</p> <p>学校の健診で心雑音を指摘され、前医を受診し心房中隔欠損症と診断された症例である。今回、手術目的で当院に転院となった。 心電図は洞調律で、不完全右脚ブロックと右軸偏位が記録された。血液検査に明らかな異常所見は認められなかった。超音波検査で心房中隔卵円窩の位置に約20mmの欠損孔を認め、同部を通過する左右短絡血流が観察された。他の先天性心疾患の合併は認められなかった。前医で行われたカテーテル検査では Qp/Qs=2.55と計測された。欠損孔は10mm以上であり、Qp/Qsも2を上回ることから手術適応と判断された。後日、パッチ閉鎖術が施行され、術後経過良好にて退院、前医での経過観察となった。</p>					
最終診断*	心房中隔欠損症 (二次孔欠損) 不完全右脚ブロック				

* 健診領域を受験される方は「超音波診断」「最終診断」は無記入として下さい。

日本超音波医学会理事長 殿

日本超音波医学会の定める超音波検査士認定試験を受験する基準に十分な抄録であることを認めます。

日本超音波医学会
認定超音波専門医氏名
(自署)

印

(FJSUMNo -)

抄 録 番 号

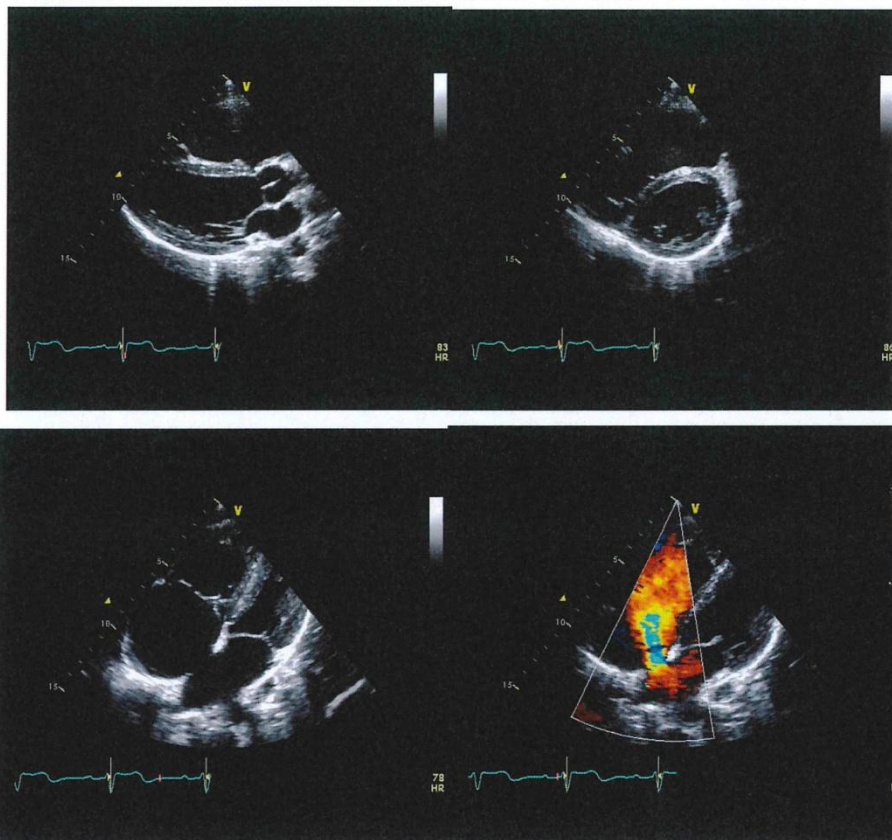
1

受 験 者 氏 名

超 音 波 花 子

[写真貼付欄]

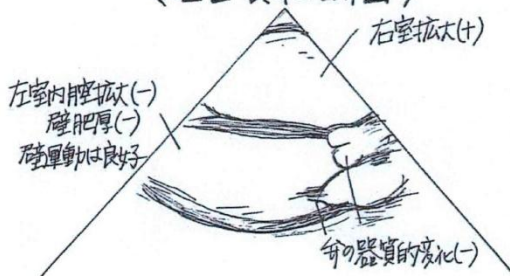
※写真裏面に、受験者氏名・受験領域・抄録番号を付記し、はがれないように貼付すること。



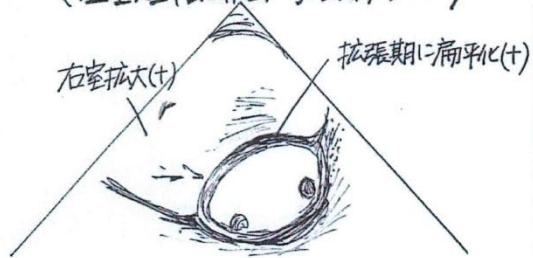
[スケッチ記入欄]

※スケッチは手書きとする。しかし血管領域についてはパソコンによるスケッチでも可とする。

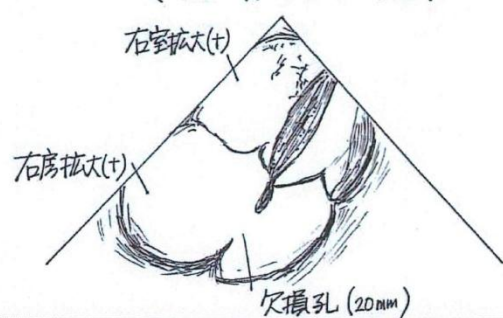
〈左室長軸断面〉



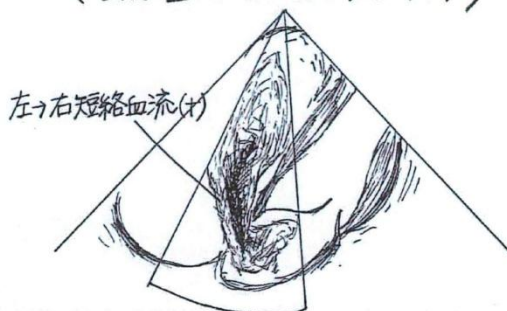
〈左室短軸断面 乳頭筋レベル〉



〈左胸骨 四腔断面〉



〈左胸壁 四腔断面 カラードプラ〉



消化器

疾患コード	疾患内容内訳	症例数
C-1	肝臓のびまん性疾患	4例以上
C-2	肝臓の良性腫瘍	2例以上
C-3	肝臓の悪性腫瘍	2例以上
C-4	胆道・膵臓の良性疾患	2例以上
C-5	胆道・膵臓の悪性疾患	1例以上
C-6	消化管	3例以上
C-7	その他	

* 日常業務で記載する報告書ではなく、検査技師の資格を審査される書類であることを認識して作成すること。

* 同一患者で複数の疾患（所見）が見られる場合は、それぞれを対象とした別々の症例として扱わないこと。

例：「胃癌+肝転移+腹部リンパ節転移」の場合に「腹部リンパ節転移」を対象とするならC-7（その他）としてよいが、その際、同一症例をC-6（胃癌）やC-3（転移性肝腫瘍）として提出することはできない。

例：「脂肪肝+胆嚢結石」の場合に「脂肪肝」をC-1（肝臓のびまん性疾患）で用いるなら、同一症例をC-4（胆嚢結石）として提出することはできない。

* C-7（その他）とは脾疾患、腹腔疾患（腹腔内膿瘍、癌性腹膜炎、腹膜偽粘液腫など）、外傷（肝・脾・消化管など）などであり、泌尿器科領域、産婦人科領域、大血管領域（腹部大動脈瘤、大動脈解離など）など他領域の疾患は含まれない。ただし、肝動脈瘤、脾動脈瘤、脾静脈瘤などの消化器領域の脈管疾患は含めてよい。

* 「[超音波検査士研修ガイドライン](#)」の消化器領域にはヘルニアの記載はないため、腹壁ヘルニアや鼠径ヘルニアなどは対象疾患としない。

* 対象臓器だけでなく、正常部分（臓器）についても（たとえ異常がなくとも）記載すること。

* 「超音波検査所見」の記載欄に病名を記載しないこと。

悪い例：胆嚢に結石を認める

悪い例：肝臓に径3cmの嚢胞を認める

* 略語は、ごく一般的なもの以外は使用しないこと。略語を使用する場合は最初に正式用語を書き、その後（ ）内に略語を記載すること。

例：Rokitansky Aschoff sinus (RAS)

* ミリメートル表示の場合、小数点以下は四捨五入して記載する。5.6mm → 6mm

* 「超音波診断」の記載欄に、主膵管拡張、腹痛など、所見や症状を記載しないこと。

* 「超音波所見と臨床診断との関連について」は、血液検査結果や他の画像所見、病理所見を羅列するだけでは不十分であり、それらと超音波所見（診断）を比較することにより、超音波の役割、有用性、反省点などを考察することが必要である。

* スケッチでは、無エコー部分（嚢胞や血管）は白、エコーのある部分は黒で表現すること。

記入例(見本は専門医のもので、本用紙は超音波指導検査士のもでもあります。)

(必ず記載すること) 受付No.

(様式3の2)

超音波検査実績 (良い例)

超音波診断報告書抄録

受験者氏名 神田 三郎 受験臨床領域 消化器

抄録番号	3	年齢	72	性別	男
施設名	超音波病院			疾患コード	C-3
検査年月日	2011年2月15日	超音波診断医名(担当医)	超音波 太郎		

[超音波検査所見]

肝臓：肝縁の鈍化と肝表面の凹凸不整が認められる。肝実質は粗糙で、不均一である。
 肝左葉内側区に径4cmの腫瘍が認められる。腫瘍は輪郭平滑、境界明瞭で、内部は無エコーを呈し、後方エコーの増強が認められる。
 肝右葉後上区を中心として、一部肝外に突出する7×7cmの腫瘍が認められる。腫瘍は辺縁低エコー帯を伴い、内部はモザイクパターンを呈する。後方エコーの増強や外側陰影は認められない。
 カラードプラ所見では腫瘍の辺縁から内部に向かう血流シグナル (basket pattern) が認められる。肝内門脈枝や肝静脈内に充実性エコーは認められない。

胆嚢：大きさは正常、壁肥厚は認められない。内腔に径1.5cmの音響陰影を伴うstrong echo像が認められ、体位変換により胆嚢内を移動する。
 胆管：肝内および肝外胆管の拡張は認められない。

膵臓：異常なし
 脾臓：軽度の脾腫が認められる (千葉大式 spleen index =6×4cm)
 腎臓 (左右)：異常なし
 その他：モリソン窩に少量の腹水が認められる。

超音波診断 * ① 肝硬変 ② 肝細胞癌 ③ 肝嚢胞 ④ 胆嚢結石症 ⑤ 腹水

健診以外の領域：[超音波所見と臨床診断との関連について]
 健診：[超音波所見から考えられる臨床診断]を記載する
 他院にてHCV抗体陽性を指摘されて来院した患者である。過去に輸血歴がある。
 血液検査ではヘモグロビン12.1 g/dl、血小板7万 / μ lと低下し、AST 62 IU/l、AST 46 IU/lと上昇、HCV抗体が陽性であった。腫瘍マーカーではAFP 480 ng/mlと上昇し、C型肝炎ウイルスによる慢性肝疾患に合併した肝細胞癌を示唆する検査結果であった。
 腹部単純CT検査でも肝右葉後上区に径7cmの腫瘍が認められた。Dynamic造影CT検査では動脈優位相 (早期相) にて腫瘍全体が不均一に濃染し、遅延相 (後期相) では周囲の肝実質と比べて低吸収域となっており、肝細胞癌に合致する所見であった。また、肝周囲に少量の腹水が認められた。
 超音波検査では肝腫瘍が肝外に突出しているため、後方エコーの増強や外側陰影は認められなかったが、辺縁低エコー帯を伴い、腫瘍内部はモザイクパターンを呈しており、カラードプラ所見からも肝細胞癌が疑われ、腹部造影CT所見も肝細胞癌を示唆する所見を示していた。

最終診断 * ① 肝硬変 ② 肝細胞癌 ③ 肝嚢胞 ④ 胆嚢結石症 ⑤ 腹水

* 健診領域を受験される方は「超音波診断」「最終診断」は無記入として下さい。

日本超音波医学会理事長 殿

日本超音波医学会の定める超音波検査士認定試験を受験する基準に十分な抄録であることを認めます。

日本超音波医学会
 認定超音波専門医氏名
 (自署)

印

(FJSUMNo -)

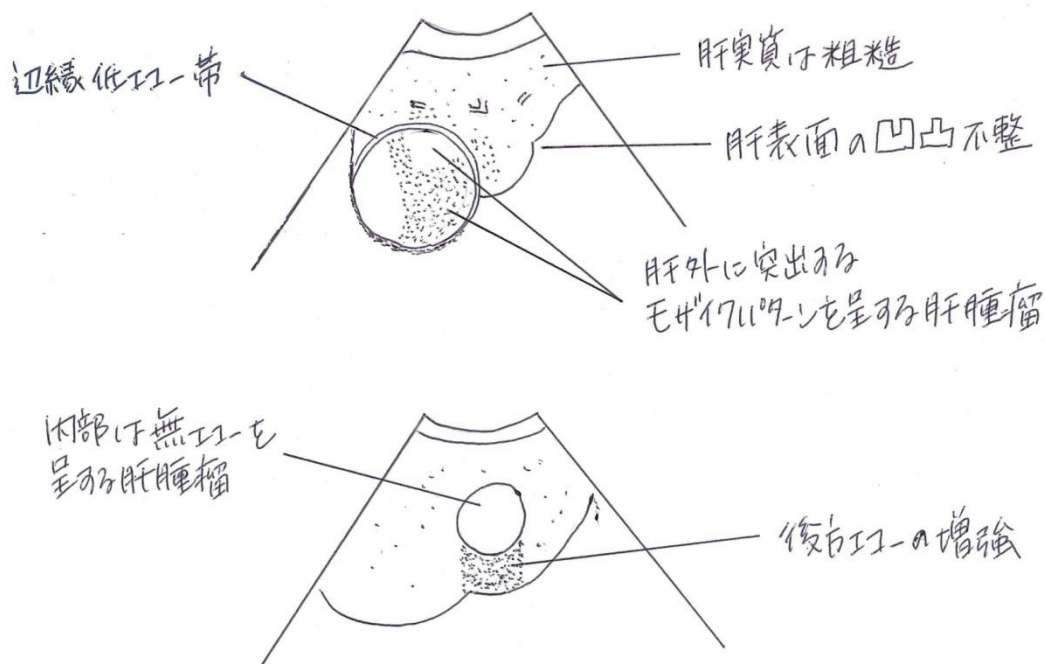
[写真貼付欄]

※ 写真裏面に、受験者氏名・受験領域・抄録番号を付記し、はがれないように貼付すること。



[スケッチ記入欄]

※スケッチは手書きとする。しかし血管領域についてはパソコンによるスケッチでも可とする。
鉛筆書きは不可。



記入例(見本は専門医のものです。本用紙は超音波指導検査士のものもあります。)

(必ず記載すること) 受付No. _____

(様式3の2)

超音波検査実績 (悪い例)

超音波診断報告書抄録

受験者氏名 神田 三郎 受験臨床領域 消化器

抄録番号	3	年齢	72	性別	男
施設名	超音波病院			疾患コード	C-3
検査年月日	2011年2月15日	超音波診断医名(担当医)		超音波 太郎	
<p>[超音波検査所見]</p> <p>肝臓：肝左葉内側区に径3.6mmの嚢胞(+) 肝右葉に、肝外に突出する7×7cmの腫瘤(+) 辺縁低エコー帯(+)、モザイクパターン(+) カラードプラで basket pattern(+) 辺縁鈍化、表面凹凸不整、実質不均一</p> <p>胆嚢：内腔に15.2mmの結石(+)。大きさは正常。壁肥厚(-)。 胆管：拡張(-) 膵臓：異常なし 脾臓：脾腫(+) 腎臓(左右)：異常なし その他：腹水(+)</p>					
超音波診断*	①肝硬変 ②肝細胞癌 ③肝嚢胞 ④胆石症 ⑤腹水				
<p>健診以外の領域：[超音波所見と臨床診断との関連について]</p> <p>健診：[超音波所見から考えられる臨床診断]を記載する</p> <p>血液検査結果： Hb 12.1、血小板 7万、白血球 4500、TP 6.0、T-Bil 1.0 AST 62、AST 46、HCV抗体陽性、AFP 480</p> <p>腹部CT検査：肝右葉後上区に7cm大のlow density massを認める。 Dynamic CTにて肝細胞癌と診断された。 また、肝周囲に少量の腹水を認める。</p> <p>以上より、肝硬変に合併した肝細胞癌と診断した。</p>					
最終診断*	①肝硬変 ②肝細胞癌 ③肝嚢胞 ④胆石症 ⑤腹水				

* 健診領域を受験される方は「超音波診断」「最終診断」は無記入として下さい。

日本超音波医学会理事長 殿

日本超音波医学会の定める超音波検査士認定試験を受験する基準に十分な抄録であることを認めます。

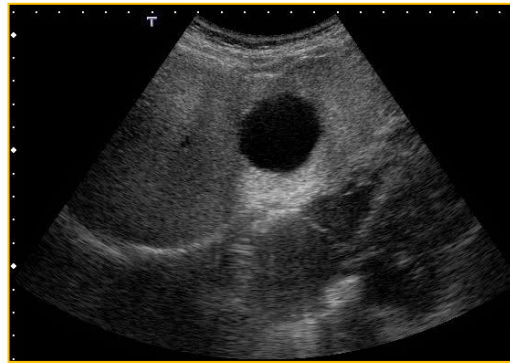
日本超音波医学会
認定超音波専門医氏名
(自署)

印

(FJSUMNo -)

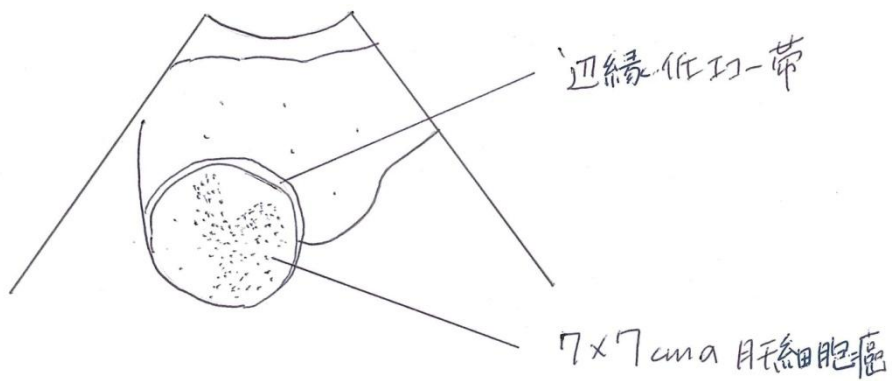
[写真貼付欄]

※ 写真裏面に、受験者氏名・受験領域・抄録番号を付記し、はがれないように貼付すること。

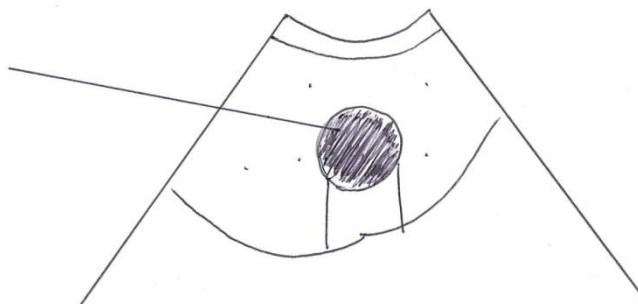


[スケッチ記入欄]

※スケッチは手書きとする。しかし血管領域についてはパソコンによるスケッチでも可とする。
鉛筆書きは不可。



肝嚢胞
39.6mm



泌尿器

疾患コード	疾患内容内訳	症例数
D-1	腎悪性腫瘍	3例以上
D-2	腎良性腫瘍性病変	3例以上
D-3	上記1、2以外の腎疾患	2例以上
D-4	上部尿路疾患	3例以上
D-5	膀胱・前立腺・陰嚢内容、外陰部疾患	3例以上
D-6	その他	

【各疾患コード別疾患例：】

*D-1：腎細胞癌、腎盂癌

*D-2：腎血管筋脂肪腫、腎嚢胞、嚢胞腎、転移性腎腫瘍、ウィルムス腫瘍（腎芽腫）

*D-3：腎血管性病変（腎動脈瘤、腎動静脈奇形など）、腎炎症性疾患（腎膿瘍、急性腎盂腎炎など）、腎外傷、腎正常変異、ナットクラッカー症候群、腎下垂（遊走腎）、馬蹄腎、腎盂腎杯憩室など

*D-4：水腎症、重複腎盂尿管、巨大尿管、腎尿管結石、尿管腫瘍など

*D-5：膀胱癌、膀胱結石、膀胱憩室、尿膜管嚢胞、前立腺肥大症、前立腺癌、精巣腫瘍、陰嚢水腫、精巣上体炎など

*D-6：後腹膜嚢腫、後腹膜腫瘍（良性・悪性）、副腎腺腫、副腎癌、転移性副腎腫瘍、褐色細胞腫、副腎嚢腫、副腎骨髄脂肪腫など

【基本的注意事項】

- ・ D-1～5 で 20 症例を満たせば、D-6 のその他は不要である。
- ・ 同一症例において複数の腎・泌尿器疾患がある場合は、主たる疾患のみを提出することとする。
- ・ 経直腸的超音波検査は医師が施行し、受験者自身が超音波記録を行った症例に限り認める。

【超音波検査実績作成にあたって】

- ・ スケッチでは、無エコー（尿、嚢胞や血管）は白、エコーのある部分は黒で表現すること。
- ・ 対象臓器だけではなく、関連する正常部分（臓器）についても（たとえ異常がなくとも）記載すること。
- ・ ミリメートル表示の場合、小数点以下は四捨五入して記載する。
- ・ 超音波検査所見の記載欄に病名（たとえば、結石、嚢胞など）を記載しない。
- ・ 超音波診断の記載欄に、所見や症状（腎盂拡張、急性腹症など）を記載しない。
- ・ 悪性腫瘍症例の超音波診断は、「〇〇腫瘍（〇〇癌疑い）」または「〇〇癌疑い」のように記載し、病理診断がついている症例の最終診断は「〇〇癌」と記載する。病理診断がついていない症例の最終診断も「〇〇疑い」で良い。ただし他の検査結果から総合的に判断して強く癌を疑う場合には、例え病理診断が無くとも最終診断に「〇〇癌」と記載しても良い。その場合はその診断に至った理由を「超音波診断と臨床診断との関連について」に記載すること。なお良性疾患については、その特徴的超音波像よりある疾患を強く疑う場合は、疑いをつけない病名を超音波診断および最終診断に記載しても良い（例えば腎血管筋脂肪腫など）。
- ・ 必ずしも「病理学的診断名」まで記載する必要はなく、生検や手術がおこなわれていない症例では、例えば腎腫瘍（腎血管筋脂肪腫疑い）前立腺癌疑い 精巣腫瘍疑い などでも可。

記入例(見本は専門医のもので、本用紙は超音波指導検査士のものもあります。)

(必ず記載すること) 受付No. _____

(様式3の2)

超音波検査実績

超音波診断報告書抄録

受験者氏名 _____ 本郷 次郎 _____ 受験臨床領域 _____ 泌尿器 _____

抄録番号	2	年齢	70	性別	男
施設名	超音波病院			疾患コード	D-5
検査年月日	2011年3月8日	超音波診断医名(担当医)		超音波 太郎	

[超音波検査所見]

#膀胱：右側壁から後壁に不整形の腫瘍を認める。
 内部エコーは不均一で、膀胱壁に対し低輝度である。
 腫瘍の最大径は14×8mmである。
 腫瘍の周囲及び内部にわずかな血流シグナルを認める。
 この腫瘍の周囲の膀胱壁に直径3～4mmの突出した小さな腫瘍を認めた。
 血流シグナルは不鮮明であった。

#右腎：腎盂の拡張、尿管拡張は認めない。
 #左腎：異常なし。

超音波診断*	膀胱癌疑い
--------	-------

健診以外の領域：[超音波所見と臨床診断との関連について]
 健診：[超音波所見から考えられる臨床診断]を記載する

血尿を主訴として当院泌尿器科を受診した。超音波検査の結果よりMRI検査、CT検査が行われた。
 MRI検査では膀胱右側から後側壁に内腔に突出する複数の腫瘍を認めた。腫瘍の大部分は膀胱壁の浅層以内に存在している様に認め、壁外進展を示唆する所見は認めなかった。また両側の尿管口近傍には明らかな腫瘍は認めず、尿管の通過障害は認めなかった。
 CT検査では膀胱壁には不均一な肥厚が見られ、複数の隆起性病変を認めた。壁外への進展を疑う輪郭の不整は認めなかった。
 入院後、経尿道的膀胱腫瘍切除術が行われた。病理組織学診断では高度に変性した尿路上皮細胞が散在性に出現しており核形不整を伴う細胞も時にみられ、核の濃染を認め、非常に悪性度の高い尿路上皮癌 Grade 3と診断された。

最終診断*	膀胱癌
-------	-----

* 健診領域を受験される方は「超音波診断」「最終診断」は無記入として下さい。

日本超音波医学会理事長 殿

日本超音波医学会の定める超音波検査士認定試験を受験する基準に十分な抄録であることを認めます。

日本超音波医学会
認定超音波専門医氏名
(自署)

印

(FJSUMNo - _____)

抄録番号

2

受験者氏名

本郷 次郎

[写真貼付欄]

※ 写真裏面に、受験者氏名・受験領域・抄録番号を付記し、はがれないように貼付すること。



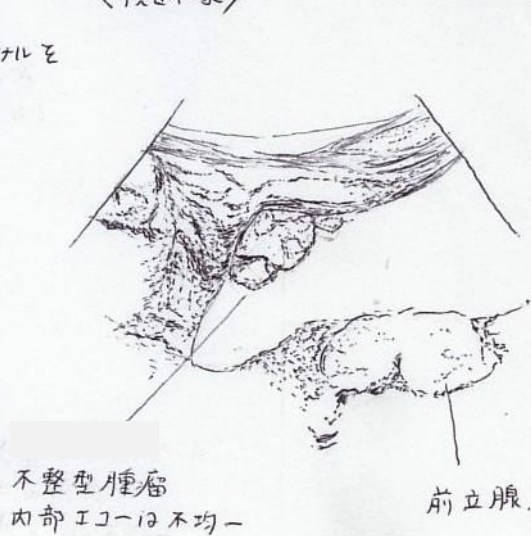
[スケッチ記入欄]

※スケッチは手書きとする。しかし血管領域についてはパソコンによるスケッチでも可とする。
鉛筆書きは不可。

〈縦断像〉



〈横断像〉



産婦人科

疾患コード	疾患内容内訳	症例数
E-1	妊娠初期（20週未満）	5例以上
E-2	妊娠中期（20週以降）	5例以上
E-3	婦人科疾患	4例以上
E-4	その他	

*産婦人科領域については、妊娠症例に関しては診断名記入欄に必ず妊娠週数を記入すること。

*E-1、2については、スクリーニング検査を含めてもよい。ただしそれぞれ最低1例ずつ異常例を含めること。その中の少なくとも **Normal Variant** ではない胎児異常の診断例を含めること。

*E-3については、子宮の疾患と付属器の疾患をそれぞれ最低1例ずつ含めること。

*体腔内超音波検査（経直腸・経膈走査を含む）は、医師が施行し受験者自身が超音波記録を行った症例に限り認める。

*スクリーニング（正常胎児）における貼り付ける超音波写真について

- ・E-1（20週未満）：1症例につき、**CRL**計測断面もしくは原則として**BPD・AC・FL**の3断面すべての提出が必要です。
- ・E-2（20週以降）：1症例につき、原則として**BPD・AC・FL**の3断面すべての提出が必要です。ただし全症例を**BPD・AC・FL**の3断面とせず、心臓の四腔断面などに代える、もしくは加えていただければより好ましいです。

超音波検査実績

超音波診断報告書抄録

受験者氏名 本郷花子 受験臨床領域 産婦人科

抄 録 番 号	2	年 齢	28	性 別	女
施 設 名	超音波病院			疾患コード	E-2
検 査 年 月 日	2013年7月11日	超音波診断医名 (担当医)	超音波 三郎		
[超音波検査所見]					
<p>妊娠25週2日 胎児発育は妊娠週数相当 胎児胸郭内の両側に低エコー域が観察されている。高輝度を示す胎児肺は胸水によって圧迫されている。 胸水により心臓は圧迫され、心胸郭比は減少しているが心拍動は正常に認められている。 全身の皮膚が肥厚しており浮腫状態を呈している。 低エコー域は胸水貯留の他、type 1 先天性嚢胞性腺腫様奇形 (CCAM)などが鑑別に上げられるが、両側に存在しており嚢胞形成ではないこと、縦隔の偏位がないこと、全身の浮腫を認めていることから胎児胸水と診断した。 頭部、心臓、腹部、四肢には異常所見は認めない。脳内石灰化を示唆する所見は認められず、また肝腫大などの所見も認めない。 また項部肥厚、軽度水腎症、腸管の高輝度などのソフトマーカーに関する所見も陰性と判断できる。</p>					
超 音 波 診 断 *	妊娠25週 胎児胸水				
健診以外の領域：[超音波所見と臨床診断との関連について]					
<p>健診：[超音波所見から考えられる臨床診断]を記載する 浮腫及び腔水症から胎児水腫と診断した。胎児水腫の原因としては、免疫性、心原性、胎内感染などが挙げられるが、母体はRh陽性であり不規則抗体もなく、超音波上心臓に異常所見はなく心不全を示唆する心拡大なども認めなかった。検査時点では胎児水腫を起こす可能性のあるサイトメガロウイルスやパルボウイルスなどは未検であったが、その後の検査で陰性と判明した。本症例では胸水を採取して細胞診を行ったところ、リンパ球が多数認められたため乳び胸水が示唆された。乳び胸水を呈する症例の中にはダウンなどの染色体異常が含まれている事が知られているが、超音波上染色体異常を示唆する所見は認められなかった。インフォームドコンセントを取得したうえで胸腔-羊水腔シャント術が施行され、胎児血流が改善したことにより、胸水の消失と全身の浮腫の改善が認められた。その後妊娠35週3日に前期破水の後出産となり、乳び胸水の診断が確定し、出生後の治療により胸水は消失した。</p>					
最 終 診 断 *	乳び胸水				

* 健診領域を受験される方は「超音波診断」「最終診断」は無記入として下さい。

日本超音波医学会理事長 殿

日本超音波医学会の定める超音波検査士認定試験を受験する基準に十分な抄録であることを認めます。

日本超音波医学会
 認定超音波専門医氏名
 (自署)

印

抄録番号

2

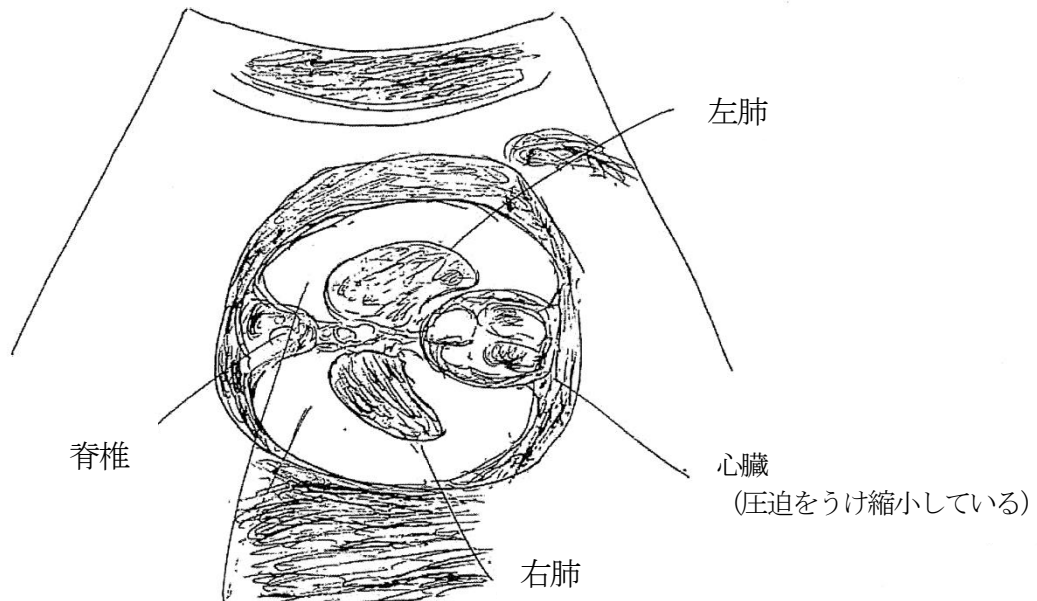
受験者氏名

本郷 花子

[写真貼付欄]



[スケッチ記入欄]



両側胸腔上液体貯留を認める

健診

疾患コード	疾患内容内訳	症例数
F-1	肝臓	3例以上
F-2	胆嚢・肝外胆管のいずれか	2例以上
F-3	膵臓	1例以上
F-4	脾臓	1例以上
F-5	腎臓	2例以上
F-6	乳腺・甲状腺・副甲状腺のいずれか	2例以上
F-7	その他	

- * F-7（その他）とは、頸動脈、腹部大動脈（腹部大動脈瘤、腹部大動脈解離など）、リンパ節腫大、液貯留（腹腔内液貯留、胸腔内液貯留、心腔内液貯留）、腹部腫瘍（腹腔内腫瘍、後腹膜腫瘍、骨盤内腫瘍など）などである。
 - * F-7（その他）における頸動脈症例の提出上限数は2例までとする。その際、日本超音波医学会ホームページの「診断基準」の項を参照し、「超音波による頸動脈病変の標準的評価法」に準じて記載すること。
 - * 一般に心エコーは健診（検診）として広く行われていないため、F-7（その他）には心疾患や冠動脈疾患は含めない。
 - * F-7（その他）に体表臓器（皮膚・皮下軟部組織、関節・骨・筋肉組織、耳下腺、顎下腺）は含めない。
 - * F-7（その他）に泌尿器領域（膀胱、前立腺など）および婦人科領域（子宮、卵巣など）は含めない。
 - * F-6（乳腺）においては両側乳腺および腋窩リンパ節の状態についても（たとえ異常がなくとも）記載すること。
 - * F-6（甲状腺）においては甲状腺両葉の状態についても（たとえ異常がなくとも）記載すること。
 - * F-6（副甲状腺）においては左右上下の4腺の状態についても（たとえ異常がなくとも）記載すること。
 - * F-1～6で20症例を満たせば、F-7のその他は不要である。
 - * F-1～7で、同一診断名の良性疾患（肝嚢胞、胆嚢結石など）の重複は認めない。
 - * 同一患者で複数の疾患（所見）が見られる場合は、それぞれを対象とした別々の症例として扱わないこと。同一患者の重複提出は認めない。
- 例1:「胃癌+肝転移+腹部リンパ節転移」の場合に「腹部リンパ節転移」を対象とするなら、F-7（その他）としてよいが、そのときは同一症例をF-7（その他-胃癌）やF-1（肝臓-転移性肝腫瘍）として提出することはできない。
- 例2:「脂肪肝+胆嚢結石」の場合に「脂肪肝」をF-1（肝臓）で用いるなら、同一症例をF-2（胆嚢-胆嚢結石）として提出することはできない。
- * 日常業務で記載する報告書ではなく、検査技師の資格を審査される書類であることを認識して作成すること。対象臓器だけでなく、正常部分（臓器）についても（たとえ異常がなくとも）記載すること。
 - * 超音波検査所見の記載欄に病名を記載しないこと。
悪い例：胆嚢に結石を認める
悪い例：肝臓に径3cmの嚢胞を認める
 - * 略語は、ごく一般的なもの以外は使用しないこと。略語を使用する場合は最初に正式用語を書き、その後（）内に略語を記載すること。
例：Rokitansky Aschoff sinus（RAS）
 - * 大きさに関して、ミリメートル表示の場合は小数点以下は四捨五入して記載すること。
 - * スケッチでは、無エコー部分（嚢胞や血管）は白、エコーのある部分は黒で表現すること。

記入例(見本は専門医のものです。本用紙は超音波指導検査士のものもあります。)

(必ず記載すること) 受付No. _____

(様式3の2)

超音波検査実績

超音波診断報告書抄録

受験者氏名 神田 一郎 受験臨床領域 健診

抄 録 番 号	1	年 齢	60	性 別	男
施 設 名	超音波病院			疾患コード	F-1
検 査 年 月 日	2010年5月15日	超音波診断医名 (担当医)	超音波 七郎		
[超音波検査所見]					
<p>胆嚢体部に17×12mm大、有茎性の隆起性病変を1個認める。形状は楕円形で、表面は平滑、内部エコーは均質である。</p> <p>胆嚢壁の肥厚はみられない。 肝外胆管の拡張もみられない。 胆嚢周囲のリンパ節腫大も認めない。</p> <p>肝・膵・腎・脾に明らかな異常は認めない。</p>					
超 音 波 診 断 *					
<p>健診以外の領域：[超音波所見と臨床診断との関連について]</p> <p>健診：[超音波所見から考えられる臨床診断]を記載する</p> <p>1. 早期胆嚢癌 2. コレステロールポリープ 3. 胆嚢腺腫</p> <p>有茎性の隆起で表面平滑であるが、単発で腫瘍径が10mm以上と大きく、胆嚢癌や腺腫も疑われる。</p>					
最 終 診 断 *					

* 健診領域を受験される方は「超音波診断」「最終診断」は無記入として下さい。

日本超音波医学会理事長 殿

日本超音波医学会の定める超音波検査士認定試験を受験する基準に十分な抄録であることを認めます。

日本超音波医学会
認定超音波専門医氏名

(自署)

印

(FJSUMNo - _____)

抄 録 番 号

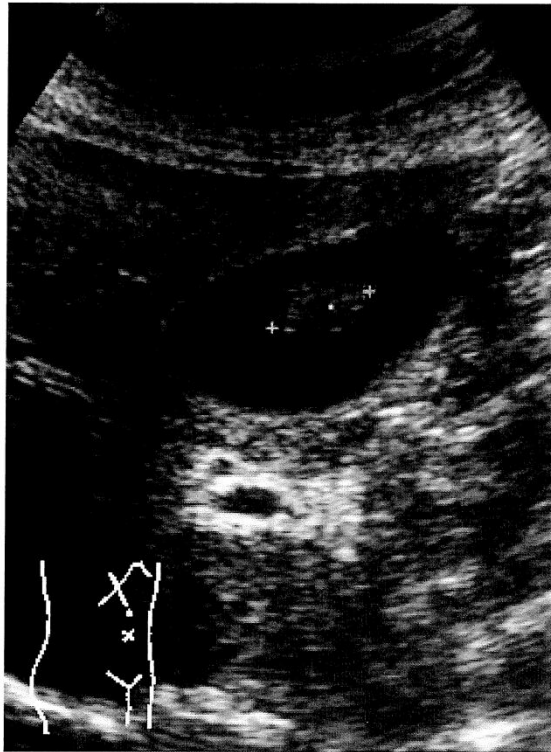
1

受 験 者 氏 名

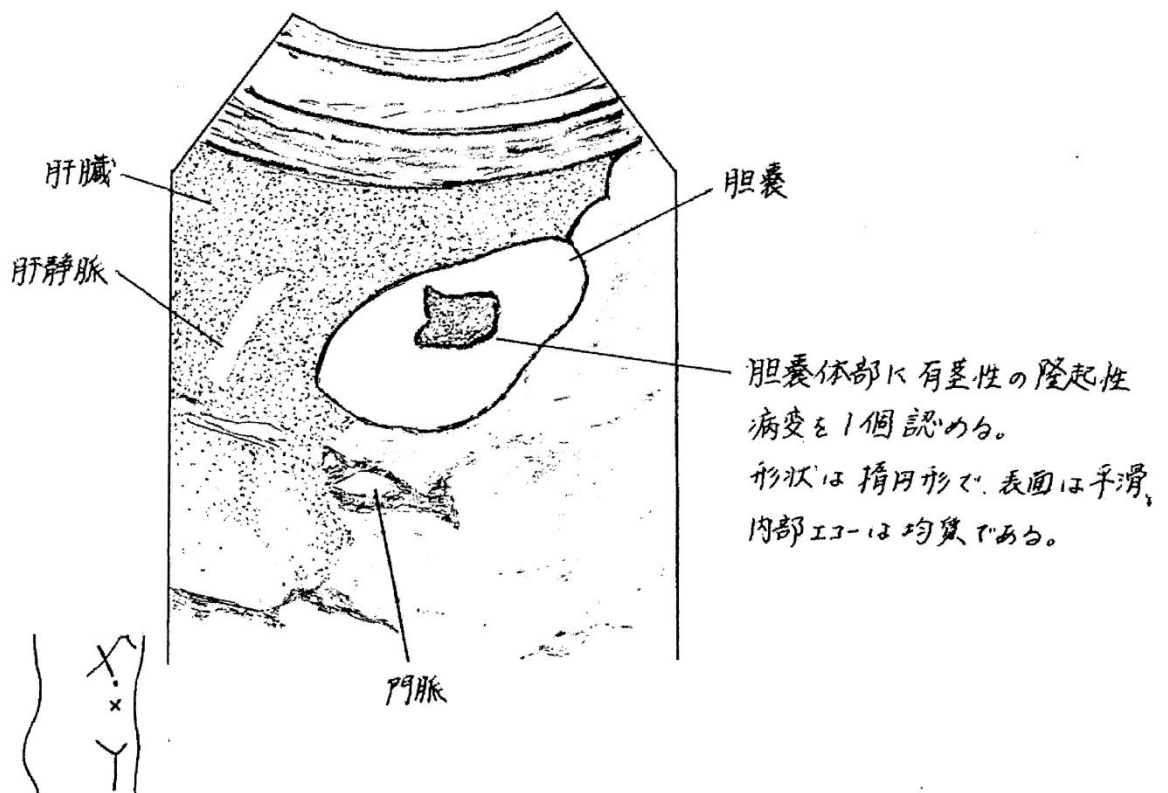
神 田 一 郎

[写真貼付欄]

※写真裏面に、受験者氏名・受験領域・抄録番号を付記し、はがれないように貼付すること。



[スケッチ記入欄]



血管

疾患コード	疾患内容内訳	症例数
G-1	頸動脈	3例以上
G-2	大動脈	3例以上
G-3	四肢動脈	3例以上
G-4	四肢静脈	3例以上
G-5	腎動脈	3例以上
G-6	その他	

*G-1：頸動脈病変（プラーク、狭窄など）を有する症例を含むこと。

*G-2：大動脈瘤または大動脈解離のいずれかを含むこと。

*G-3：閉塞性動脈疾患または末梢動脈瘤を含むこと。

*G-4：深部静脈血栓症および下肢静脈瘤のいずれをも含むこと。

*G-5：腎動脈狭窄例を含むこと。

血管領域のみ、同一患者で複数の疾患（所見）がみられる場合は、2症例までは別な疾患コードとして申請できます。

【超音波検査所見欄】

- ・日本超音波医学会ホームページの「診断基準」の項を参照し、「超音波による頸動脈病変の標準的評価法」、「下肢深部静脈血栓症の標準的超音波診断法」、「超音波による腎動脈病変の標準的評価法」に準じて記載すること。
- ・病変部分だけを記載するのではなく、健側についても（たとえ異常がなくとも）記載すること。
- ・所見欄には略語を多用しない PI,RI,IMTなど超音波用語集にある略語はよいが、一般的でない略語は最初に記載すること。（例 プラークスコア:PS）
- ・表にまとめるなどわかりやすく記載すること。

【貼付写真】

- ・適切な写真を2～4枚程度がよい。
- ・カラードプラとパルスドプラの方向を合わせる。
- ・カラーバーや深度の表示、各種パラメータの数値などは重要な情報なので、切り取らない。
- ・左右や、どの血管の画像であるかがわかるように血管名やボディーマークを入れる。

記入例(見本は専門医のものです。本用紙は超音波指導検査士のものもあります。)

(必ず記載すること) 受付No.

(様式3の2)

超音波検査実績

超音波診断報告書抄録

受験者氏名 淡路 次郎 受験臨床領域 血管

抄録番号	1	年齢	78	性別	男
施設名	超音波病院			疾患コード	G-1
検査年月日	2010年12月4日	超音波診断医名(担当医)		超音波 五郎	

[超音波検査所見]
 両側総頸動脈ともに IMT の明らかな肥厚なし。
 右頸動脈： 内頸動脈起始部から閉塞している。
 総頸動脈の拡張期血流は乏しい。
 左頸動脈： 総頸動脈分岐部から内頸動脈起始部にかけて高度狭窄性病変あり。
 プラークの内部エコーは全体に高輝度で不均一、
 さらにプラークの一部は潰瘍化している。
 狭窄率(面積：95%、NASCET:70%、狭窄部最大流速：2.8m/s)
 椎骨動脈： 血管径、血流ともに明らかな左右差なし。

血管	測定項目	右	左
総頸動脈	Max-IMT	0.8mm	0.9mm
	血管径	8.0mm	7.2mm
	Vmax	51 cm/s	77 cm/s
	Vmin	6 cm/s	20 cm/s
	RI	0.88	0.74
内頸動脈	血管径	閉塞	狭窄末梢側
	Vmax	3.2mm	3.7mm
	Vmin	0 cm/s	87 cm/s
	RI	0 cm/s	41 cm/s
	RI	0.53	0.53
椎骨動脈	血管径	3.0mm	2.8mm
	Vmax	38 cm/s	41 cm/s
	Vmin	12 cm/s	14 cm/s
	RI	0.68	0.66

超音波診断* 右内頸動脈起始部閉塞、左総頸動脈～内頸動脈起始部高度狭窄(一部潰瘍化)

健診以外の領域：[超音波所見と臨床診断との関連について]
 健診：[超音波所見から考えられる臨床診断]を記載する
 右上肢脱力感としゃべりにくさ、さらに繰り返す一過性脳虚血発作のために来院。スクリーニング検査として頸動脈検査を実施した。
 CT：右中大脳動脈、後大脳動脈境界領域に皮質を含む陳旧性境界領域梗塞を認めた。また左中大脳動脈、後大脳動脈境界領域にも陳旧性境界領域梗塞を認めた。
 血管造影：右内頸動脈は起始部から閉塞、左総頸動脈分岐～内頸動脈起始部に高度狭窄あり、一部潰瘍化も認める。左頸動脈造影にて右大脳動脈および右中大脳動脈が描出される。
 一過性脳虚血発作の原因としては、左頸動脈の高度狭窄とさらに潰瘍形成が影響しているものと考えられた。右内頸動脈は起始部から閉塞しているにもかかわらず、対側からの血流が保たれていることより大きな脳梗塞とはならず片麻痺が出現しなかったものと考えられる。

最終診断* 陳旧性脳梗塞、右内頸動脈起始部閉塞、左総頸動脈～内頸動脈起始部高度狭窄(一部潰瘍化)

* 健診領域を受験される方は「超音波診断」「最終診断」は無記入として下さい。

日本超音波医学会理事長 殿

日本超音波医学会の定める超音波検査士認定試験を受験する基準に十分な抄録であることを認めます。

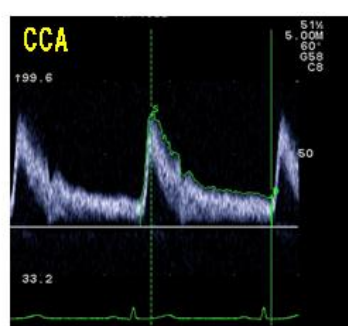
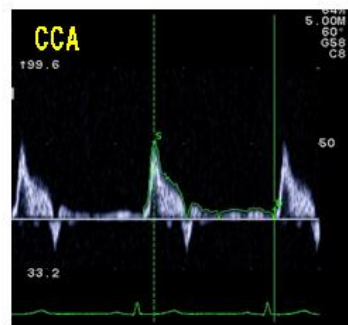
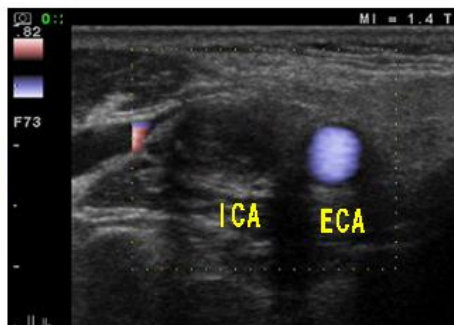
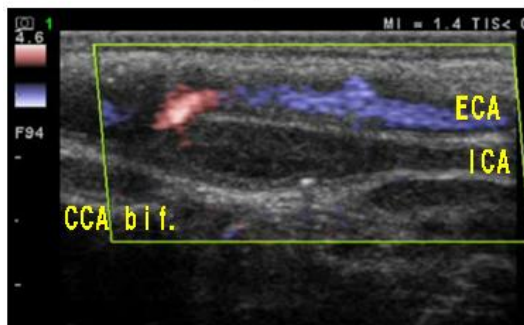
日本超音波医学会
認定超音波専門医氏名
(自署)

印

[写真貼付欄]

※ 写真裏面に、受験者氏名・受験領域・抄録番号を付記し、はがれないように貼付すること。

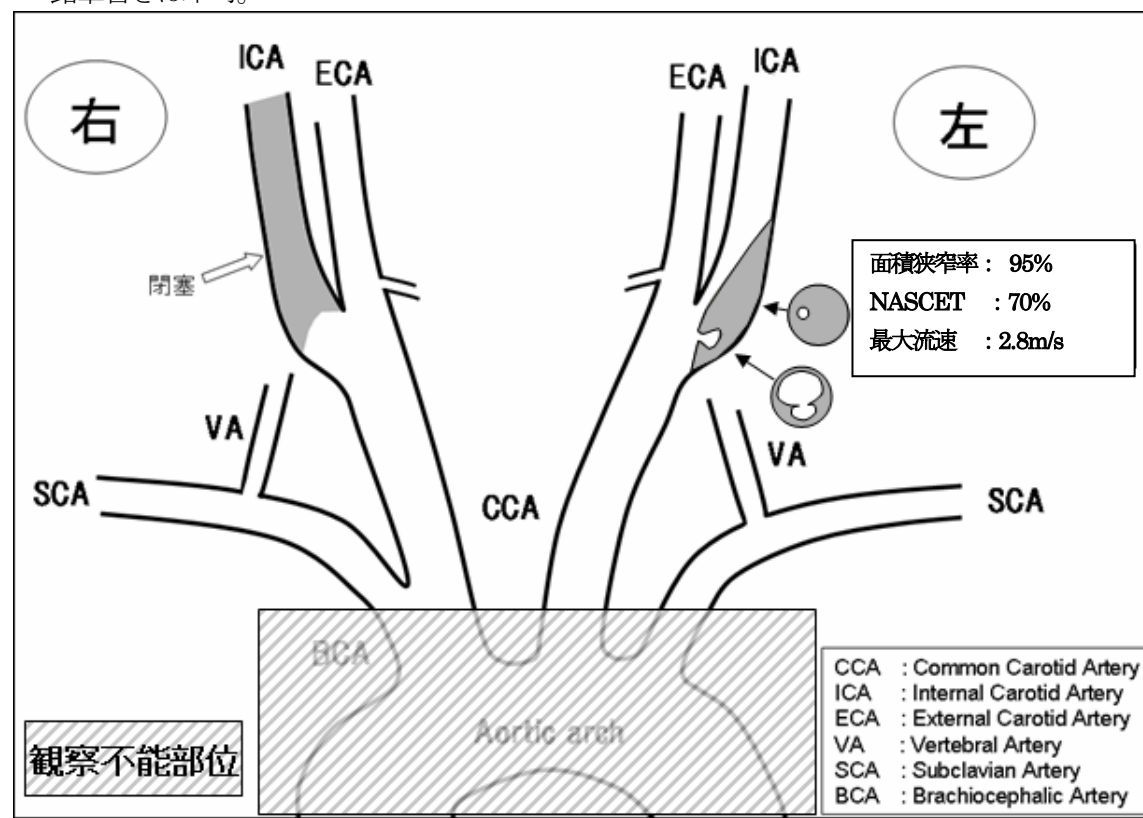
右



左

[スケッチ記入欄]

※スケッチは手書きとする。しかし血管領域についてはパソコンによるスケッチでも可とする。
鉛筆書きは不可。



記入例(見本は専門医のものです。本用紙は超音波指導検査士のものもあります。)

(必ず記載すること) 受付No.

(様式3の2)

超音波検査実績

超音波診断報告書抄録

受験者氏名 淡路 次郎 受験臨床領域 血管

抄録番号	3	年齢	75	性別	女
施設名	超音波病院			疾患コード	G-4
検査年月日	2013年4月1日	超音波診断医名(担当医)		超音波 五朗	
[超音波検査所見]					
左下肢静脈 腸骨静脈には明らかな血栓像認めず 総大腿静脈～膝窩～ヒラメ静脈中央枝にかけて 血栓による不完全閉塞あり。 (血栓エコー輝度高く、一部再開通所見あり) 血栓中枢端は血管壁に固定されておらず“浮遊血栓”の状態 また血栓の一部は大伏在静脈にも及ぶ。					
右下肢静脈 腸骨～大腿～膝窩静脈レベルでは明らかな血栓像認めず。 ヒラメ静脈中央枝は拡張(最大径12mm) 器質化した壁在血栓あり。 閉塞所見は認めず。					
超音波診断*	下肢深部静脈血栓症 左: 急性期、総大腿～膝窩～ヒラメ静脈中央枝 右: 慢性期、ヒラメ静脈中央枝				
健診以外の領域: [超音波所見と臨床診断との関連について] 健診: [超音波所見から考えられる臨床診断]を記載する 3年前に右下肢が腫脹、疼痛出現、右下肢深部静脈血栓症の診断にて他院にて入院加療していた。下肢の腫脹、疼痛は改善したが、ヒラメ静脈にのみ血栓が残存し、経過観察していた。 今回、左変形性膝関節炎にて人工関節置換術にて当院入院、術後3ヶ日に、D-ダイマー高値、左下肢腫脹、疼痛出現にて超音波検査を実施したところ左大腿～膝窩静脈、さらにはヒラメ静脈中央枝に血栓を認めた。その後、造影CTを実施したが、下肢静脈血栓範囲は超音波検査と同様所見であった。肺血栓塞栓症には至っていなかった。					
最終診断*	下肢深部静脈血栓症				

* 健診領域を受験される方は「超音波診断」「最終診断」は無記入として下さい。

日本超音波医学会理事長 殿

日本超音波医学会の定める超音波検査士認定試験を受験する基準に十分な抄録であることを認めます。

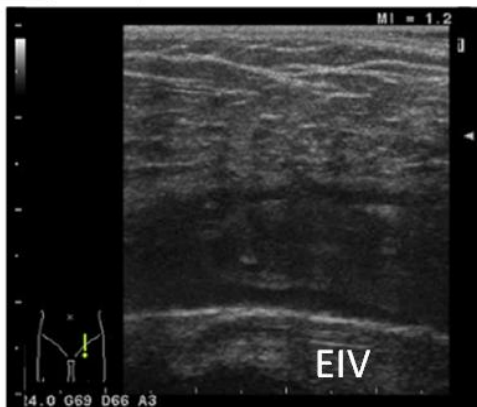
日本超音波医学会
認定超音波専門医氏名
(自署)

印

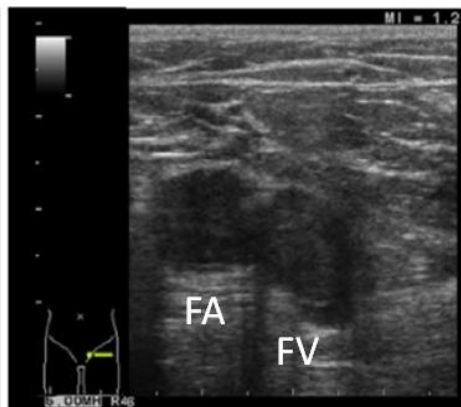
(FJSUMNo -)

[写真貼付欄]

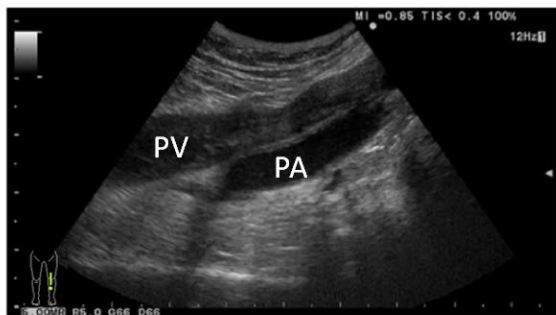
※写真裏面に、受験者氏名・受験領域・抄録番号を付記し、はがれないように貼付すること。



外腸骨静脈縦断像



左総大腿静脈横断像

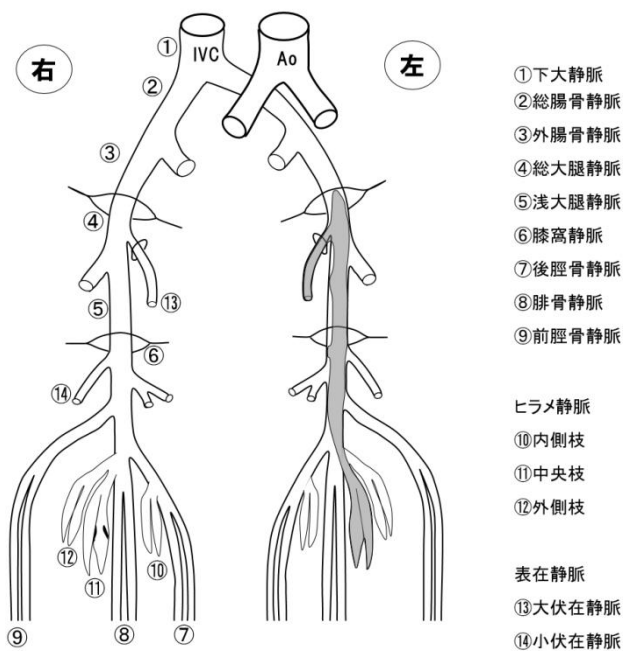


左膝窩静脈縦断像

EIV ; 外腸骨静脈 FA ; 総大腿動脈、 FV ; 総大腿静脈、 PA;膝窩動脈、 PV ; 膝窩静脈

[スケッチ記入欄]

※スケッチは手書きとする。しかし血管領域についてはパソコンによるスケッチでも可とする。
鉛筆書きは不可。



超音波検査実績

超音波診断報告書抄録

受験者氏名 淡路 次郎 受験臨床領域 血管

抄録番号	5	年齢	72	性別	男
施設名	超音波病院			疾患コード	G-5
検査年月日	2013年4月1日	超音波診断医名(担当医)		超音波 五朗	

[超音波検査所見]

右腎動脈起始部に高度狭窄あり (PSV;3.0m/s. RAR ; 4.29狭窄後乱流あり)。
 腎内血流は明らかにATが延長した狭窄後パターン。ただし腎萎縮なく、形態上は問題なし。
 左腎動脈には明らかな狭窄性病変認めず。腎形態や血流も問題なし。

基礎調律：洞調律 心拍数：75～80 腹部大動脈 狭窄なし、瘤形成なし 径：16mm PSV：69cm/s AT：94ms 腹腔動脈 PSV：95cm/s 上腸間膜動脈 PSV：128cm/s	右腎				左腎					
	腎サイズ：9.6cm 腎形態：皮髄境界明瞭、結石なし、水腎症なし 血流評価 腎動脈起始部 PSV：298cm/s RAR：4.29				腎サイズ：9.9cm 腎形態：皮髄境界明瞭、結石なし、水腎症なし 血流評価 腎動脈起始部 PSV：79cm/s RAR：1.14					
	腎区域動脈	AT ms	PSV cm/s	EDV cm/s	RI	腎区域動脈	AT ms	PSV cm/s	EDV cm/s	RI
	上極	143	40	15	0.63	上極	65	42	16	0.62
	中央部	144	42	14	0.67	中央部	65	44	15	0.65
	下極	146	39	15	0.62	下極	63	47	16	0.66

AT: acceleration time, EDV; end diastolic velocity, PSV; peak systolic velocity, RAR; renal aortic ratio, RI; resistance index

超音波診断*	右腎動脈狭窄(起始部)
健診以外の領域：[超音波所見と臨床診断との関連について] 健診：[超音波所見から考えられる臨床診断]を記載する 難治性高血圧にて2年前より他院で経過観察されていた。 腹部血管雑音が聴取されるために超音波検査にて腎動脈狭窄の有無をチェックしたところ 右腎動脈起始部の高度狭窄を認めた。 翌日造影CTでも同様に右腎動脈高度狭窄指摘。 超音波検査の2週間後に経皮的腎動脈形成術にて右腎動脈狭窄解除され血圧は正常化した。	
最終診断*	右腎動脈起始部狭窄

* 健診領域を受験される方は「超音波診断」「最終診断」は無記入として下さい。

日本超音波医学会理事長 殿

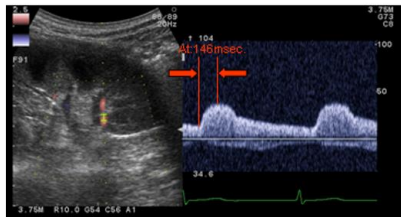
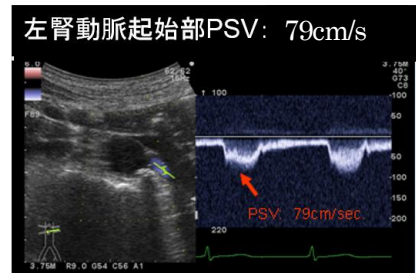
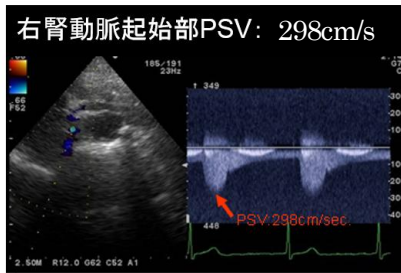
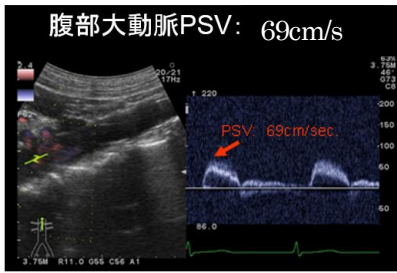
日本超音波医学会の定める超音波検査士認定試験を受験する基準に十分な抄録であることを認めます。

日本超音波医学会
 認定超音波専門医氏名
 (自署)

印

[写真貼付欄]

※写真裏面に、受験者氏名・受験領域・抄録番号を付記し、はがれないように貼付すること。



AT: acceleration time, EDV; end diastolic velocity, PSV; peak systolic velocity, RAR; renal aortic ratio, RI: resistive index

[スケッチ記入欄]

※スケッチは手書きとする。しかし血管領域についてはパソコンによるスケッチでも可とする。

