〔超音波診療実績－様式５作成要領〕

超音波診療実績１（様式５ の１）は、後述の疾患コード毎の症例数（＊）に従い、作成見本のように 20 症例を記入してください。
超音波診療実績２（様式５ の２）は、次の注意事項を順守して超音波診断報告書抄録を作成してください。
また、見本に則していないレポートは受験資格がないと判断される場合があります。

重要：超音波診療実績１及び２の作成にあたっては、自身が描出した超音波像の症例のみ提出可能です。他者が描出した超音波像の症例は提出できません。

＊超音波診断報告書抄録作成上の基本的注意事項

・書類の目的：日常業務で記載する報告書ではなく、超音波専門医の資格を審査される書類であることに留意して作成すること。
・対象症例：細胞診・組織診・摘出標本・剖検などにより病理組織学的診断の確定した症例が望ましいが、この症例数に関する規程は設けない。該当症例に関しては、様式５の１の「病理」欄にチェック印（✔）をいれること。循環器領域では該当症例が少数である場合、経過観察して臨床的に推定・診断した症例を記載してもよい。ちなみに、対象症例がどのようなものであるかも評価される。なお、疾患を有していても超音波検査所見が正常な例は除外すること。
・簡潔性：簡潔で読みやすいものであること。
・記載内容の要件：各疾患に必要と思われる評価項目を示した上で、検査結果の全体像がわかるように記載すること。なお、この項目が適切であるかどうかも評価される。
・症例の重複を避けること：同一患者で複数の疾患（所見）がみられても、１症例として扱うこと。
　例）「肝硬変＋胆嚢結石」の併存の場合、「肝硬変」を（肝のびまん性疾患）で用いるなら、同一症例を（胆道膵臓の良性疾患）として提出することはできない。
・合計 20 症例あること（疾患コードの症例数を満たしていること）。
　疾患内容内訳の「その他」については、有無を問わない。

≪超音波検査所見≫

・本学会指定の医用超音波用語を正しく使用すること。“医用超音波用語集”やホームページ内の“用語・診断基準（用語検索システム）”を参照のこと。明らかな誤用は減点の対象となる。
・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）
・各施設で独自に使用している用語・略語・診断基準などについてはその使用を控えること。
・「事実」と「意見」を分けて「事実」のみを記載し、「意見」は≪超音波所見の要約と超音波診断≫や≪考察≫で述べること。
・病名を記載しないこと。
・腫瘍径など大きさに関しては適切な記号を使用すること。
　良い例）21×35mm　　悪い例）φ21＊35mm（φは直径を意味する）
・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こと。
・対象臓器だけでなく、正常部分（臓器）についてもその旨を記載すること。
　例）胆嚢・膵臓：異常なし。
・悪性腫瘍に関しては、所属リンパ節の状態についても（たとえ異常がなくても）記載すること。
・超音波所見のみに限定して記載し、CT・MRI など他の画像所見は≪考察≫に記載すること。

≪超音波所見の要約と超音波診断≫

・重要な超音波所見を再掲し、超音波診断に至る思考過程を簡潔に述べた上で、超音波診断名を記載すること。
・超音波診断名が複数あるときは、主要な超音波診断名を筆頭項目にすること。
・超音波診断名は病名を記載して所見や症状（胆嚢腫大・主膵管拡張・腎盂拡張・急性腹症など）を記載しないこと。

≪考察≫

・臨床症状・身体所見・血液生化学検査成績・他の画像検査所見を簡潔に述べて超音波所見・超音波診断との関連について記載し、超音波診断の有用性に関して評価すること。

・手術または組織採取による病理組織学的診断が確定している場合は、超音波所見・超音波診断・手術所見・最終的な病理組織学的診断などと比較検討し、考察する。必要に応じて、治療法選択や予後予測に関する考察も加えること。
・病理組織学的診断が確定していなくて、臨床所見・血液生化学検査・他の画像検査の結果から総合的に診断された症例や経過観察して臨床的に推定・診断した症例は、その診断に至る過程がわかるように説明し、考察すること。

≪最終診断≫
・簡潔に記載すること。

≪貼付写真とシェーマによる説明≫
・主要な超音波診断の根拠となり得る写真を数枚以内貼付すること。写真貼り付け方法は、紙焼き写真を糊付けしてもよいし、電子画像をコピー&ペーストで貼り付けてもよい。
・スケッチは必須でないが、これによる補足説明が必要と判断した場合はスケッチを追加すること。
・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スケッチ（鉛筆書きでないこと）を描くこと。この際、PC の描画ツールを用いて描いてもよい。このスケッチには、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を記載するのみでなく、解剖がわかるように描出されている血管や臓器部分などのメルクマールの説明も加えること。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。
・写真の個人情報は削除すること。

≪超音波検査を指導した医師の署名≫
・超音波専門医の署名が 20 例すべてにあること。

＊疾患コード毎の症例数

B　循環器コース

疾患コード	疾患内容内訳	症例数
B−1	弁膜疾患	4例以上
B−2	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例以上
B−6	その他	

※経胸壁心エコー図検査所見・経食道心エコー図検査所見のいずれか単独、または両方の記載も可能とする。
なお、両方記載する場合は、施行日が別日であっても１つのレポートに入れ込んで記載可能とする。

【注意事項】
・同一患者で複数の疾患（所見）がみられる場合には、主要な疾患１つだけ選択すること。
・様式 5 の 2 の[写真貼付欄]において、スケッチは必須でないが、これによる補足説明が必要と判断した場合はスケッチを追加すること。

【超音波診療実績１】（作成見本）

受験者氏名：文京　太郎

<超音波診療患者一覧表>

＊ 疾患コード順に記載すること。

抄録番号	疾患コード	施設名	年齢	性別	超音波診断	病理
1	B−1	湯島医大	32	M	僧帽弁逸脱症	
2	B−1	湯島医大	63	F	僧帽弁狭窄症	
3	B−1	湯島医大	82	M	大動脈弁狭窄症	
4	B−1	湯島医大	52	M	大動脈弁閉鎖不全症	
5	B−1	湯島医大	76	M	感染性心内膜炎	✓
6	B−2	湯島医大	65	F	急性前壁心筋梗塞	
7	B−2	湯島医大	78	M	陳旧性心筋梗塞	
8	B−2	池之端大	24	F	心室中隔穿孔	
9	B−2	池之端大	68	M	急性下壁心筋梗塞	
10	B−3	池之端大	24	M	拡張型心筋症	✓
11	B−3	池之端大	52	M	肥大型心筋症	
12	B−3	池之端大	56	F	心尖部肥大型心筋症	
13	B−3	池之端大	64	F	心サルコイドーシス	✓
14	B−4	中央病院	35	F	三心房心	
15	B−4	中央病院	76	F	心房中隔欠損症	
16	B−4	中央病院	22	F	心室中隔欠損症	
17	B−5	中央病院	73	F	急性大動脈解離	
18	B−6	中央病院	78	M	左房内血栓	✓
19	B−6	中央病院	61	M	乳頭状線維弾性腫	✓
20	B−6	中央病院	66	F	心臓粘液腫	✓

【超音波診療実績２：循環器コース用】（作成見本）

受験者氏名：文京　太郎

〈超音波診断報告書抄録〉

＊個人が特定できるような氏名、イニシャル、ID、生年月日、住所は記載しないこと。

抄録番号	10	疾患コード	B−3
施設名	池之端大	検査年月日	2012 年 5 月 12 日
検査目的	心不全の原因精査	臨床診断（主訴）	心不全

超音波検査所見

１）計測値：左室拡張末期径 72mm、左室収縮末期径 67mm、左室駆出率 15%、心室中隔壁厚 9mm、左室後壁厚 9mm
　左房径 44mm, modified シンプソン法による左室駆出率は 17%であった（図 1、2）。
２）左室壁運動：左室は瀰漫性に著明な壁運動の低下を認め、左室の形態は球形であった（図 1、2）。
３）ドプラ所見：カラードプラにて中等度の僧帽弁逆流を認めた。僧帽弁の逸脱所見は認めなかった（図 3）。
　パルスドプラ法による左室流入波形は頻脈のため E 波と A 波は融合した一峰性のパターンを呈した。
　パルスドプラ法による左室駆出血流波形は交互脈パターンを呈した（図 4）。
　三尖弁逆流から算出した右室-右房間の圧較差は 27 mmHg であった。
４）その他の所見：軽度の左房拡大、軽度の右室拡大を認めた。
　検査時心拍数 130/分

超音波所見の要約と超音波診断

１）著明な左室の拡大と瀰漫性の左室壁運動低下を認めた。
２）左室の形態は丸みをおびた球形を呈していた。
３）僧帽弁に器質的な異常は認められなかったが中等度の僧帽弁逆流を認めた。逆流の原因は僧帽弁の tethering によるものと診断した。
４）頻脈のため左室流入波形による偽正常化の診断は困難であった。
５）左室駆出血流波形が典型的な交互脈パターンを呈し、著明な左室収縮能低下を示唆する所見であった。

診断
　以上より拡張型心筋症と診断した

考察

超音波所見からは特発性拡張型心筋症と診断したが、超音波像が本疾患に類似する病態は数多くあり、特に原因がわかっている特定心筋症（続発性心筋症）との鑑別が重要となる。本例では心臓カテーテル検査により冠動脈疾患は否定され、心臓核医学検査でも心筋虚血や続発性心筋症は否定的な所見であった。その他薬剤や全身疾患に合併する心筋症も臨床所見から否定的であることから、臨床的にも特発性拡張型心筋症と診断された。心臓カテーテル検査時に施行した心筋生検による病理診断でも拡張型心筋症に合致した所見が得られた。

最終診断

特発性拡張型心筋症

日本超音波医学会の定める超音波専門医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）
（署名のタイプ不可）　東京 花子

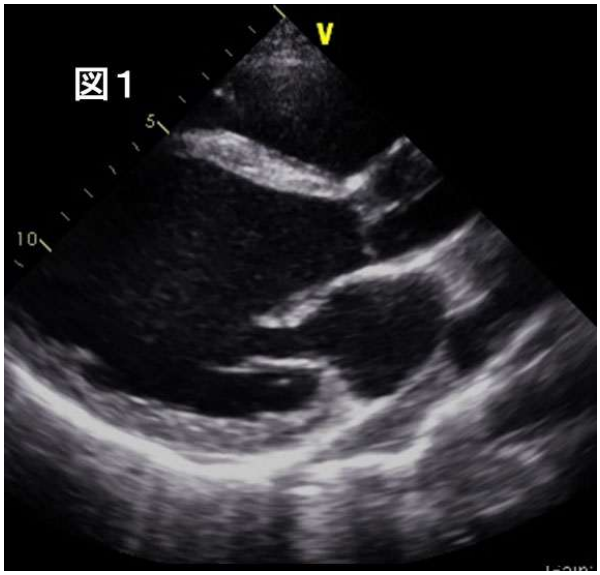
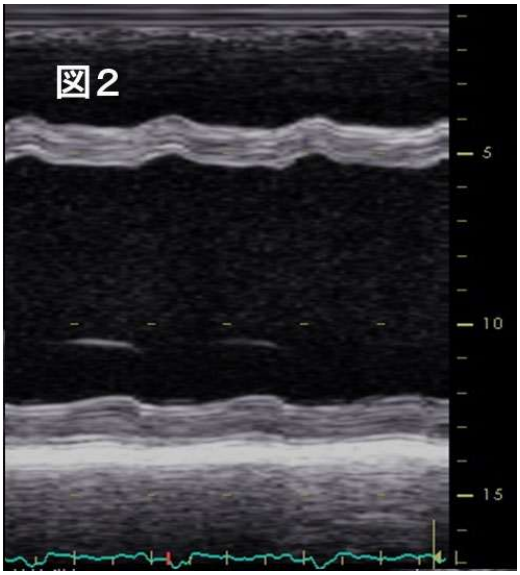
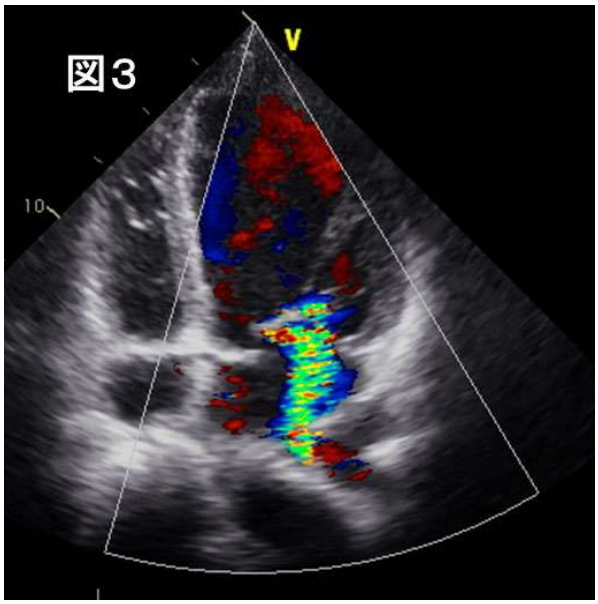
FJSUM No.　＊＊　（SJSUM No.　＊＊　）

抄録番号	10	受験者氏名	文京　太郎

［写真貼付欄］

※写真は、はがれないように貼付すること。あるいは、電子画像をコピー&ペーストで貼り付けてもよい。

※個人が特定できる情報（氏名、ID）は、必ずマスキングすること。

※スケッチは必須でないが、これによる補足説明が必要と判断した場合はスケッチを追加すること。

※スケッチの鉛筆書きは不可。