〔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提示が望ましい。その際には、様式５の１の「病理」欄にチェック印（✓）を記入し、2 例以上はこのような症例を選択する。その他は、症状・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、あるいは経過観察して臨床的に推定・診断した症例を記載する。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。基本的に体外式超音波検査が実施された症例を対象とするが、術中超音波及び EUS については、それぞれ 1 症例までの提出を許容する。ただし、各臓器における超音波所見の記載が必要である。
- **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。
- 所見記載では対象臓器における陽性所見だけでなく、その他の臓器（正常）の陰性所見も記載すること。
  悪い例）胆嚢：異常所見を認めず。
- 診断の過程において臓器のサイズが重要な場合には計測値を書くことが望ましい。
- 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。
- CT・MRI・EUS 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。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。
・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・筋肉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。ちなみに、的確にスケッチ（描写）することは重要な作業であり、評価項目の一つとしている。
・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

C　消化器コース

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	2例以上
C−2	肝臓の良性腫瘤	2例以上
C−3	肝臓の悪性腫瘤	3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	4例以上
C−6	消化管	3例以上
C−7	その他	

【注意事項】

・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)、大血管疾患（腹部大動脈瘤・大動脈解離など)、後腹膜疾患などである。泌尿器科領域、産婦人科領域などの疾患は含まない。

【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	C－1	湯島医大	32	M	急性肝炎	
2	C－1	湯島医大	43	F	肝硬変	
3	C－1	湯島医大	67	M	日本住血吸虫症	
4	C－2	湯島医大	52	M	肝血管腫	
5	C－2	湯島医大	76	M	肝血管筋脂肪腫	
6	C－2	湯島医大	45	F	肝膿瘍	
7	C－3	湯島医大	60	M	肝細胞癌	
8	C－3	池之端大	70	F	肝内胆管細胞癌	
9	C－3	池之端大	68	M	転移性肝腫瘍	✔
10	C－4	池之端大	78	M	急性胆嚢炎	
11	C－4	池之端大	75	M	急性膵炎	
12	C－4	池之端大	20	F	胆嚢腺筋腫症	
13	C－5	池之端大	30	F	中部胆管癌	
14	C－5	中央病院	50	F	胆嚢癌	
15	C－5	中央病院	60	M	膵体尾部癌	✔
16	C－5	中央病院	80	F	膵頭部癌	
17	C－6	中央病院	23	F	急性虫垂炎	
18	C－6	中央病院	18	M	腸重積	
19	C－6	中央病院	88	M	大腸癌	
20	C－7	中央病院	74	F	脾悪性リンパ腫	

【超音波診療実績２：循環器以外のコース用】（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	15	疾患コード	C-5
施設名	中央病院	検査年月日	2012 年 5 月 12 日
検査目的	原因疾患の精査	臨床診断（主訴）	背部痛を伴う心窩部痛

超音波検査所見

・膵　　臓：膵体尾部に 45×18 mm 大の類楕円体低エコー腫瘤を認める。非腫瘤部とのエコーレベル差が僅かなため仰臥位では腫瘤と認識しづらく、右側臥位にした方が分かりやすい。内部エコーはほぼ均一。尾側主膵管は 2mm で拡張はみられない。また、脾静脈は不明瞭。腹腔動脈周囲・上腸間膜動脈根部周囲結合織の低エコー化と肥厚（cuff sign）が認められる。これは、上腸間膜動脈周囲で 4 cm 長にわたってみられ、両動脈分岐部周囲の大動脈でも認められる。なお、カラードプラ法で腫瘤内に血流シグナルを検出しない。
・肝　　臓：腫大・萎縮なし。肝表面平滑。肝縁は鋭角。肝内胆管拡張なし。門脈・肝静脈閉塞なし。占拠性病変なし。
・胆　　嚢：最大短径 28mm と腫大なく肝床側で壁は 2mm で壁肥厚なし、体部の腹腔側に径 3 mm の高エコー隆起を認める。
・肝外胆管：径 6 mm と拡張なし。
・腎臓：最大径左 9cm、右 10cm で腫大・萎縮を認めず、水腎も無く占拠性病変も認めない。
・脾臓：最大長径 8cm で腫大なく内部エコーも均質で内部に占拠性病変を認めない。
・その他　：上腹部リンパ節に腫大を認めない。

超音波所見の要約と超音波診断

低エコー腫瘤を示す進行膵管癌（膵体尾部癌）であり、腹腔動脈・上腸間膜動脈・大動脈周囲結合織の低エコー化と肥厚を伴っている。これは各動脈への浸潤を示しており（T4, StageIV）、超音波検査のみで切除不能の診断が可能である。

考察

・血液生化学検査：肝機能・胆道系酵素・膵酵素[amylase, elastase-1]の異常を認めない。空腹時ブドウ糖値 93mg/dl で正常内。
・腫瘍マーカー　：CA 19-9 17.9 U/ml, CEA 2.8 ng/ml も正常値を示す。
・Dynamic CT　：膵体尾部に正常膵実質よりも造影で濃染の弱い長径 5 cm の腫瘤があり、腹腔動脈・上腸間膜動脈の encasement・脾静脈閉塞を認める。左胃動脈・大動脈周囲への進展もみられる。一方、明らかなリンパ節腫大・腹水を認めない。（診断：膵体尾部癌）
・MRI/MRCP　：拡散強調像で膵体部に径 15 mm ほどの高信号域を認める。T1 強調画像で頭部が肝とほぼ等信号だが、体部は低信号である。T2 強調画像では体部が淡く高信号を示す。主膵管拡張はみられない。周囲リンパ節の腫大なし。膵体部の腫瘍が疑われ、鑑別診断は自己免疫性膵炎が挙げられる。（診断：膵体部癌）
・EUS-FNA　：膵体尾部に軽度の低エコー領域があり、内部は比較的均一。エラストグラフィにて硬い。FNA(Fine needle aspiration biopsy)を行い、adenocarcinoma が検出された。（診断：膵体尾部癌）

US/EUS・dynamic CT が高度進行膵体尾部癌（T4, StageIV）で一致したが、腫瘍マーカーは正常内であった。このため、FNA を行って腺癌を検出し、主治医と患者・家族間で治療方針を相談した結果、化学療法が選択された。

最終診断

膵体尾部癌

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

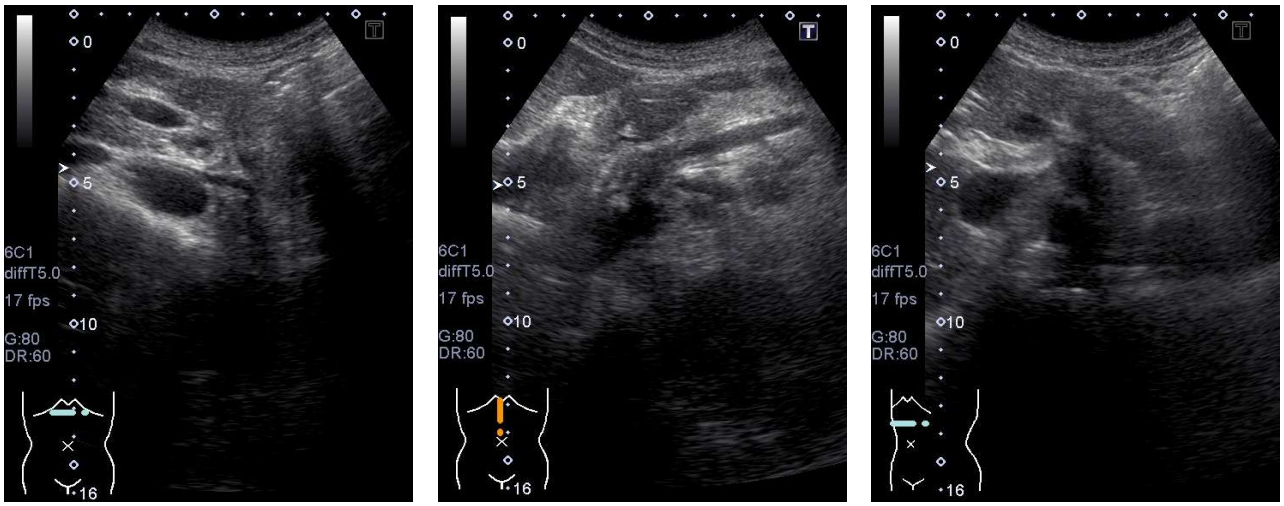
FJSUM No.　＊＊　　（SJSUM No.　＊＊　）

抄録番号	15	受験者氏名	文京　太郎

［写真貼付欄］

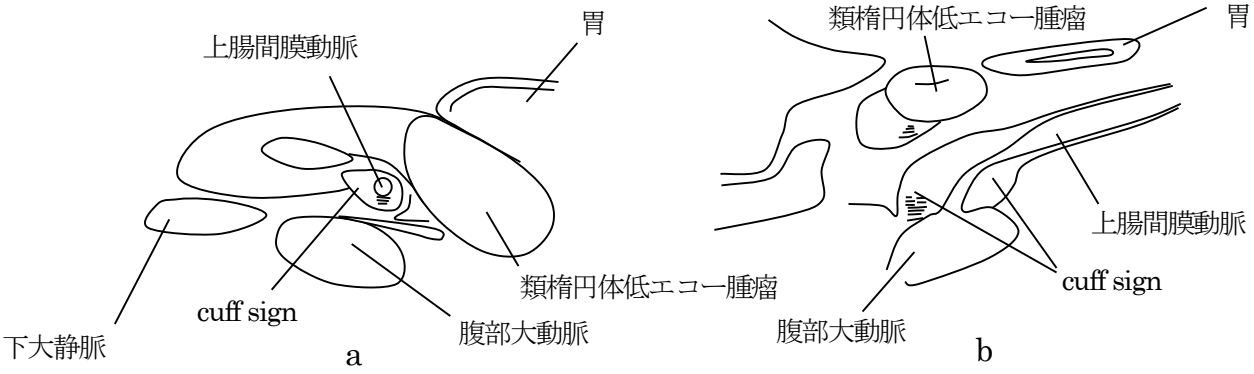
※写真は、はがれないように貼付すること。あるいは、電子画像をコピー&ペーストで貼り付けてもよい。

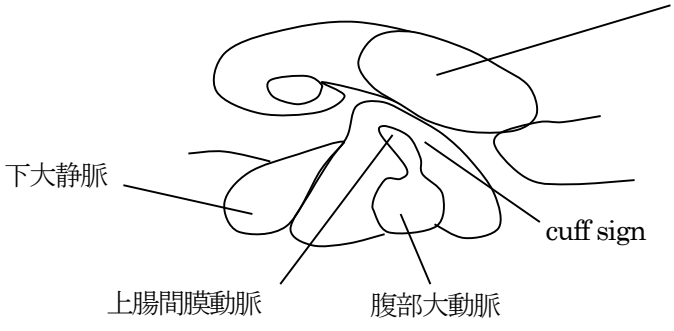
※個人が特定できる情報（氏名、ID）は、必ずマスキングすること。



a　　b　　c

［スケッチ記入欄］ **※鉛筆書き不可**





c

類楕円体低エコー腫瘤は、右側臥位の方が仰臥位より分かりやすいが、非腫瘤部とのエコーレベル差が僅かなため、輪郭の整・不整は判断しづらい。