〔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、脳神経領域では該当症例が少数と考えられる。このため、超音波以外の画像診断や機能診断により得られた確定診断と超音波診断との詳細な比較検討がなされたものを 5 例以上選択すること。その他は、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）「脳梁欠損症＋脳室周囲高エコー域」の併存の場合、「脳梁欠損症」を（先天奇形）で用いるなら、同一症例を（脳室周囲白質軟化症）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）。ただし、申請者の専門性を考慮し、小児領域のみ、成人領域のみも可とする。
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。ただし、内中膜厚、プラーク厚、頸部動脈（総頸動脈・内頸動脈・外頸動脈・椎骨動脈）の血管径については小数第二位を四捨五入して小数第一位まで記載すること。
・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）側脳室・脈絡叢：異常なし。
・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（脳室拡大・白質の輝度亢進・嘔吐など）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。
・可動性プラークを提示する場合は、その可動性がわかるように必ず複数の写真を提示すること（写真の合計は数枚以内に納めること）。
・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・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

Ⅰ 脳神経コース

小児例

疾患コード	疾患内容内訳	症例数
Ⅰ−1	先天奇形	2例以上
Ⅰ−2	頭蓋内嚢胞性疾患	2例以上
Ⅰ−3	頭蓋内出血	2例以上
Ⅰ−4	脳室周囲白質軟化症	2例以上
Ⅰ−5	脳血流異常例	2例以上
Ⅰ−6	その他	

成人例

Ⅰ−7	IMT測定（病的症例のみ）	2例以上
Ⅰ−8	プラークの評価	2例以上
Ⅰ−9	頸動脈狭窄の評価（血管内腔計測および血流速度）	2例以上
Ⅰ−10	頸部動脈または椎骨動脈の超音波像	2例以上
Ⅰ−11	経頭蓋超音波ドプラ法または経頭蓋カラードプラ法	2例以上
Ⅰ−12	その他	

【疾患例】

＊Ⅰ−1：Dandy-Walker 症候群、Chiari 奇形、脳梁欠損症、小脳低形成、先天性水頭症、全前脳胞症など
＊Ⅰ−2：脳室上衣下嚢胞、くも膜嚢胞、脳室前角周囲嚢胞、脈絡叢嚢胞など
＊Ⅰ−3：脳室上衣下出血、脳室内出血、脳実質内出血、くも膜下出血、硬膜下出血など
＊Ⅰ−4：脳室周囲高エコー域、脳室周囲白質軟化症など
＊Ⅰ−5：新生児仮死、水頭症、脳症・脳炎・髄膜炎など
＊Ⅰ−6：先天性サイトメガロウイルス感染症、染色体異常、脳炎、脳症、良性くも膜下腔拡大など

＊I－7：頸動脈硬化症（高安動脈炎など）
＊I－8：頸動脈硬化症（注意すべきプラーク例など）
＊I－9：頸動脈硬化症（高度狭窄例など）
＊I－10：椎骨動脈疾患（鎖骨下動脈盗血症候群など）
＊I－11：中大脳動脈疾患（側頭骨窓からの中大脳動脈描出による水平部(M1 部)狭窄例など）
＊I－12：脳底動脈疾患（大後頭窓からの脳底動脈描出による鎖骨下動脈盗血症候群など）

【注意事項】
・対象が小児領域の場合は、成人症例を含めなくてもよい。
・対象が成人領域の場合は、小児症例を含めなくてもよい。
・対象が小児領域の場合は、年齢は月齢を記載すること。

【超音波診療実績１】（作成見本・小児領域）

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	月齢	性別	超音波診断
1	I−1	湯島医大	1	M	Dandy-Walker症候群
2	I−1	湯島医大	1	F	全前脳胞症
3	I−1	湯島医大	1	M	脳梁欠損症
4	I−1	湯島医大	2	M	Chiari奇形
5	I−2	湯島医大	5	M	くも膜嚢胞
6	I−2	湯島医大	1	F	脳室前角周囲嚢胞
7	I−2	湯島医大	1	M	脳室上衣下嚢胞
8	I−2	池之端大	3	F	脈絡叢嚢胞
9	I−3	池之端大	7	M	硬膜下出血
10	I−3	池之端大	1	M	脳室上衣下出血
11	I−3	池之端大	2	M	くも膜下出血
12	I−3	池之端大	0	F	脳実質内出血
13	I−3	池之端大	1	F	脳室内出血
14	I−4	中央病院	2	F	脳室周囲白質軟化症
15	I−4	中央病院	0	F	脳室周囲高エコー域
16	I−5	中央病院	1	F	新生児仮死
17	I−5	中央病院	3	F	先天性水頭症（術後）
18	I−5	中央病院	10	M	日本脳炎
19	I−5	中央病院	7	M	細菌性髄膜炎
20	I−6	中央病院	3	F	先天性サイトメガロウイルス感染症

【超音波診療実績２：循環器以外のコース用】（作成見本・小児領域）

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	3	疾患コード	I−1
施設名	湯島医大	検査年月日	2012 年 5 月 12 日
検査目的	頭蓋内病変の検索	臨床診断（主訴）	筋緊張低下

超音波検査所見

正中矢状断面：第３脳室が上方に変位し、脳梁が認められない。中脳水道や第４脳室は正常構造である。その前後の脳幹、小脳虫部にも異常は認められない。脳溝は第３脳室上方に集束している。
側脳室後角矢状断面：側脳室後角の限局的な拡大を認める。前角の拡大はない。脈絡叢に異常を認めない。視床、尾状核に異常なく、脳室上衣下出血・嚢胞もない。
第３脳室冠状断面：第３脳室が上方に変位し、脳梁が認められない。第３脳室の幅が大きく、拡大を認める。側脳室前角が離解している。小脳に異常所見を認めない。
側脳室後角冠状断面：側脳室後角の拡大を認める。左右の側脳室は平行に走行しており、tear drop sign を呈している。

超音波所見の要約と超音波診断

第３脳室の上に存在すべき脳梁を認めず、第３脳室が上方へ変位していた。
脳溝の走行は、通常は第３脳室を中心に同心円状に認めるが、第３脳室に集束する（あるいは第３脳室から放射状に走行する）ようになっていた。
側脳室は、通常は左右の前角の距離は近く、後角に行くに従って左右の距離が大きくなっていく。しかし、本症例では左右の前角の距離が拡大し、その後も平行に走行し、後角の限局性拡大を認めた。側脳室後角冠状断面では、tear drop sign を呈していた。
以上から、脳梁欠損症（全欠損）と診断した。

考察

その後、MRI 検査も行い、脳梁欠損をはじめとして超音波検査所見と同様な解剖学的異常所見を確認した。
画像診断において、脳梁が認められないという直接的な異常所見以外に、いくつかの重要な間接所見がある。
第一に、側脳室の形態変化があげられる。側脳室は、前角がほぼ正常大であるのに対して後角部の拡張が顕著で、この所見 colpocepahly は特徴的な所見である。これは脳梁部の線維による物理的な支持が失われたことによるものと考えられている。
脳溝の走行は、正常では脳梁の上縁に沿って帯状回が前後方向に走行している。脳梁欠損では帯状回も形成されないために、一部の脳溝は第３脳室から放射状に広がる走行を示す。

最終診断

脳梁欠損症（全欠損）

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

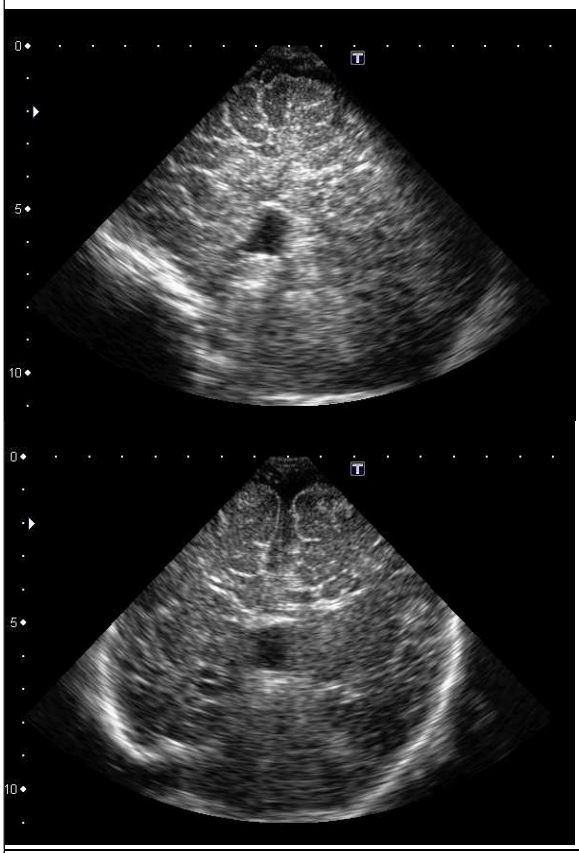
FJSUM No. ＊＊　　(SJSUM No. ＊＊　　)

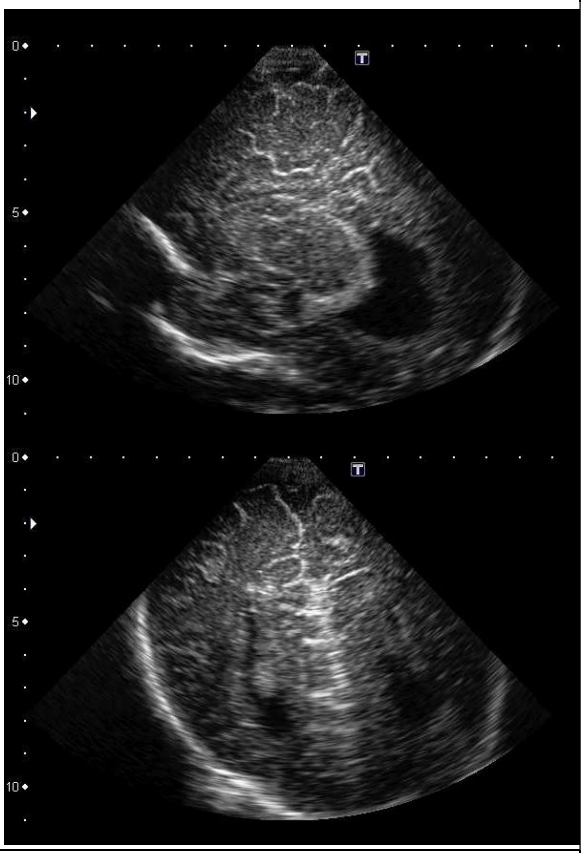
抄録番号	3	受験者氏名	文京　太郎

［写真貼付欄］

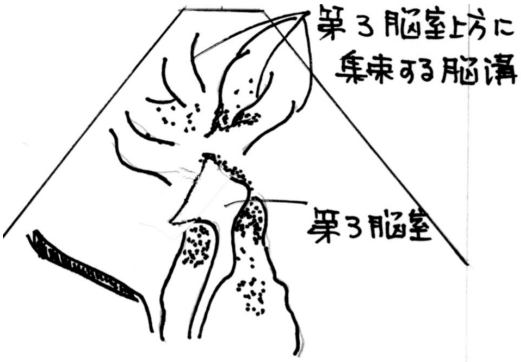
※写真は、はがれないように貼付すること。あるいは、電子画像をコピー&ペーストで貼り付けてもよい。

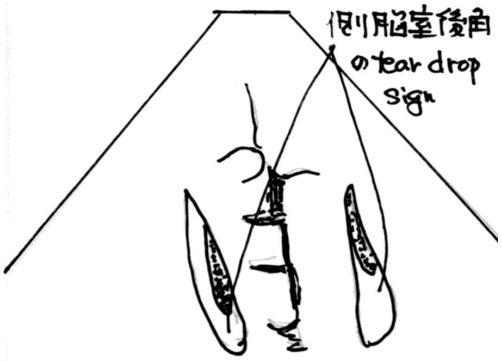
※個人が特定できる情報（氏名、ID）は、必ずマスキングすること。





［スケッチ記入欄］ **※鉛筆書き不可**





【超音波診療実績１】（作成見本・成人領域）

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
1	I−7	湯島医大	32	M	頸動脈プラーク(等輝度)
2	I−7	湯島医大	43	F	頸動脈プラーク(複合病変)
3	I−8	湯島医大	67	M	頸動脈プラーク(高輝度)
4	I−8	湯島医大	52	M	頸動脈プラーク(低輝度)
5	I−8	湯島医大	76	M	頸動脈プラーク(潰瘍形成)
6	I−9	湯島医大	45	F	もやもや病
7	I−9	湯島医大	60	M	総頸動脈解離
8	I−9	池之端大	70	F	内頸動脈狭窄
9	I−9	池之端大	68	M	内頸動脈閉塞
10	I−9	池之端大	26	M	高安動脈炎
11	I−10	池之端大	75	M	椎骨動脈解離
12	I−10	池之端大	56	F	Bow hunter syndrome
13	I−10	池之端大	53	F	側頭動脈炎
14	I−11	中央病院	50	F	経頭蓋超音波(中大脳動脈高度狭窄)
15	I−11	中央病院	76	F	経頭蓋超音波(内頸動脈閉塞による側副血行)
16	I−11	中央病院	80	F	脳梗塞急性期(栓子シグナル検出)
17	I−12	中央病院	73	F	経頭蓋超音波(椎骨動脈狭窄疑い)
18	I−12	中央病院	68	M	経頭蓋超音波(椎骨動脈閉塞疑い)
19	I−12	中央病院	88	M	経頭蓋超音波(眩暈→脳底動脈血流正常範囲)
20	I−12	中央病院	74	F	鎖骨下動脈盗血症候群

【超音波診療実績２：循環器以外のコース用】（作成見本・成人領域）

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	4	疾患コード	I−8
施設名	湯島医大	検査年月日	2012 年 5 月 12 日
検査目的	頸動脈狭窄の検索	臨床診断（主訴）	一過性の手のしびれ

超音波検査所見

左総頸動脈から内頸動脈まで短軸で B-mode で観察したところ、明らかな高輝度プラークは認められなかった。
カラードプラで観察すると、左頸動脈分岐部で本来の血管径と思われる部分に比べ血流信号が狭い範囲でしか検出できなかった。パワードプラを用いて左頸動脈分岐部を観察したところ、添付した図のように本来の血管に比べ狭い領域にのみ血流を認めた。短軸では血流を認める部分と本来の血管壁に該当する部分の間は超音波輝度が極めて低かった。
長軸で観察すると、左総頸動脈から頸動脈分岐部にかけて低輝度の部分が 18mm 程あり、同部位には血流信号はなかった。狭窄部分の血流スペクトル表示では、血流信号のスペクトルが低流速から高流速まで広がっているので乱流を疑うが、カラードプラ信号ではモザイクでないので著しい乱流ではないと判断する。また血流速を計測したが収縮期最高血流速度は 94cm/s であり、200cm/s 未満であることから NASCET70%以上の狭窄ではないと判断した。パワードプラ血流信号からは、低輝度プラークの内膜面は不整であるが、狭窄部位に大きな潰瘍形成はない。明らかな可動性やジェリーフィッシュサインはなかった。
右頸動脈には大きな病変は認めなかった。

超音波所見の要約と超音波診断

左頸動脈洞から左内頸動脈起始部に長さ 18mm 程の低輝度プラークを認めた。
プラークの表面は不整であるが、潰瘍はなく、可動性を認めない。
頸動脈解離も否定的である。
狭窄率は、ECST で 65%、NASCET 法で 48%、面積狭窄率で 88%であった。

考察

頸動脈に低輝度なプラークを認めた場合に、同部位の血栓、粥腫、さらには動脈解離を疑う。
左頸動脈洞に低輝度プラークがあり、右頸動脈には明らかなプラークを認めなかったことから、病変は左に限局していると考える。長軸で観察した範囲では動脈解離は見られず、限局していることから粥腫の可能性も低い。
何らかの壁不整に伴う壁在血栓を疑う。
神経症状が有ったと考えると、今後の artery to artery の脳血栓について十分な注意が必要と考える。

最終診断

左頸動脈洞の低輝度プラーク

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

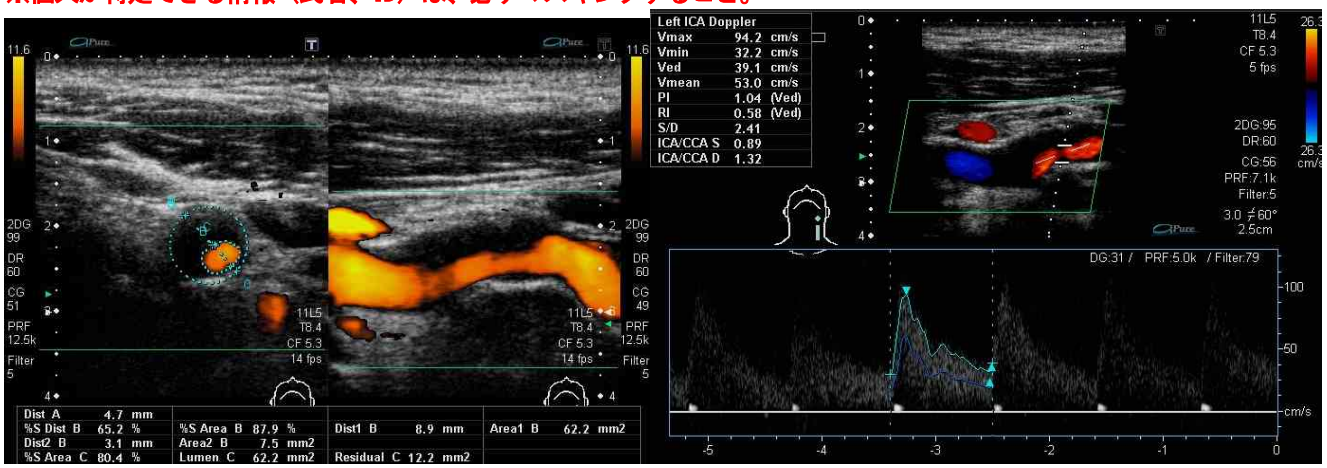
FJSUM No. ＊＊　　(SJSUM No. ＊＊　　)

抄録番号	4	受験者氏名	文京　太郎

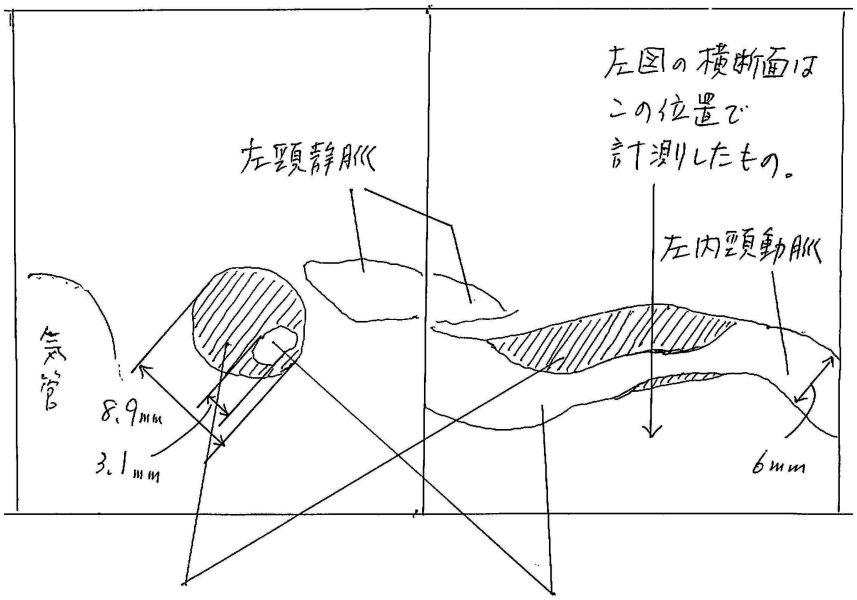
［写真貼付欄］

※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。



［スケッチ記入欄］ **※鉛筆書き不可**



低輝度プラーク　　パワードプラで血流を認めた。

$ECST = \frac{8.9-3.1}{8.9} \times 100\% = 65\%$

$NASET = \frac{6.0-3.1}{6.1} \times 100\% = 48\%$

面積狭窄率 $= \frac{62.2-7.5}{62.2} \times 100\% = 87.9\%$