手術症例一覧表　（10件で1単位） 　 （様式２－１）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 手術術式\* | | 病名 | 術者／  指導者 | 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 手術施設名 |
| 番号 |  |
| 1 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  | / / |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

\* 手術術式の番号は参照資料１　泌尿器科領域の主な手術一覧表の番号を記載して下さい。 　　責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

手術症例一覧表　（10件で1単位） 　 （様式２－２）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 手術術式\* | | 病名 | 術者／  指導者 | 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 手術施設名 |
| 番号 |  |
| 21 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  | / / |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

\* 手術術式の番号は参照資料１　泌尿器科領域の主な手術一覧表の番号を記載して下さい。 　　責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

手術症例一覧表　（10件で1単位） 　 （様式２－３）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 手術術式\* | | 病名 | 術者／  指導者 | 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 手術施設名 |
| 番号 |  |
| 41 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 42 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 43 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 44 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 45 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 46 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 47 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 48 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 49 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 51 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 52 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 53 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 54 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 55 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 56 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 57 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 58 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 59 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 60 |  |  |  |  | / / |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

\* 手術術式の番号は参照資料１　泌尿器科領域の主な手術一覧表の番号を記載して下さい。 　　責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

手術症例一覧表　（10件で1単位） 　 （様式２－４）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 手術術式\* | | 病名 | 術者／  指導者 | 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 手術施設名 |
| 番号 |  |
| 61 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 62 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 63 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 64 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 65 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 66 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 67 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 68 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 69 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 70 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 71 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 72 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 73 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 74 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 75 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 76 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 77 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 78 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 79 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 80 |  |  |  |  | / / |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

\* 手術術式の番号は参照資料１　泌尿器科領域の主な手術一覧表の番号を記載して下さい。 　　責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

手術症例一覧表　（10件で1単位） 　 （様式２－５）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 手術術式\* | | 病名 | 術者／  指導者 | 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 手術施設名 |
| 番号 |  |
| 81 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 82 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 83 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 84 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 85 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 86 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 87 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 88 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 89 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 90 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 91 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 92 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 93 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 94 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 95 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 96 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 97 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 98 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 99 |  |  |  |  | / / |  |  |  |
| 100 |  |  |  |  | / / |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

\* 手術術式の番号は参照資料１　泌尿器科領域の主な手術一覧表の番号を記載して下さい。 　　責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 1) 尿路性器感染症　（10例で1単位） （様式３－１－１）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 1 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 1) 尿路性器感染症　（10例で1単位） （様式３－１－２）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 21 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 1) 尿路性器感染症　（10例で1単位） （様式３－１－３）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 41 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 42 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 43 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 44 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 45 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 46 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 47 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 48 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 49 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 51 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 52 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 53 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 54 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 55 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 56 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 57 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 58 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 59 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 1) 尿路性器感染症　（10例で1単位） （様式３－１－４）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 61 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 62 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 63 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 64 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 65 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 66 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 67 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 68 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 69 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 71 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 72 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 73 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 74 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 75 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 76 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 77 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 78 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 79 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 1) 尿路性器感染症　（10例で1単位） （様式３－１－５）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 81 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 82 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 83 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 84 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 85 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 86 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 87 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 88 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 89 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 90 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 91 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 92 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 93 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 94 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 95 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 96 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 97 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 98 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 99 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 100 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 2) 下部尿路機能障害　（10例で1単位） （様式３－２－１）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 1 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 2) 下部尿路機能障害　（10例で1単位） （様式３－２－２）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 21 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 2) 下部尿路機能障害　（10例で1単位） （様式３－２－３）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 41 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 42 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 43 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 44 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 45 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 46 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 47 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 48 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 49 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 51 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 52 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 53 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 54 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 55 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 56 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 57 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 58 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 59 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 2) 下部尿路機能障害　（10例で1単位） （様式３－２－４）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 61 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 62 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 63 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 64 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 65 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 66 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 67 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 68 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 69 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 71 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 72 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 73 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 74 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 75 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 76 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 77 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 78 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 79 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 2) 下部尿路機能障害　（10例で1単位） （様式３－２－５）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 81 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 82 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 83 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 84 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 85 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 86 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 87 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 88 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 89 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 90 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 91 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 92 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 93 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 94 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 95 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 96 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 97 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 98 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 99 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 100 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 3) 尿路性器腫瘍　（10例で1単位） （様式３－３－１）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 1 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 3) 尿路性器腫瘍　（10例で1単位） （様式３－３－２）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 21 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 3) 尿路性器腫瘍　（10例で1単位） （様式３－３－３）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 41 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 42 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 43 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 44 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 45 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 46 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 47 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 48 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 49 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 51 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 52 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 53 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 54 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 55 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 56 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 57 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 58 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 59 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 3) 尿路性器腫瘍　（10例で1単位） （様式３－３－４）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 61 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 62 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 63 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 64 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 65 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 66 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 67 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 68 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 69 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 71 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 72 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 73 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 74 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 75 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 76 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 77 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 78 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 79 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 3) 尿路性器腫瘍　（10例で1単位） （様式３－３－５）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 81 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 82 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 83 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 84 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 85 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 86 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 87 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 88 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 89 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 90 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 91 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 92 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 93 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 94 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 95 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 96 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 97 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 98 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 99 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 100 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 4) 尿路結石症　（10例で1単位） （様式３－４－１）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 1 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 4) 尿路結石症　（10例で1単位） （様式３－４－２）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 21 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 4) 尿路結石症　（10例で1単位） （様式３－４－３）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 41 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 42 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 43 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 44 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 45 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 46 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 47 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 48 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 49 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 51 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 52 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 53 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 54 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 55 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 56 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 57 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 58 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 59 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 4) 尿路結石症　（10例で1単位） （様式３－４－４）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 61 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 62 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 63 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 64 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 65 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 66 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 67 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 68 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 69 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 71 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 72 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 73 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 74 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 75 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 76 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 77 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 78 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 79 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 4) 尿路結石症　（10例で1単位） （様式３－４－５）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 81 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 82 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 83 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 84 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 85 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 86 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 87 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 88 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 89 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 90 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 91 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 92 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 93 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 94 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 95 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 96 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 97 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 98 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 99 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 100 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 5) 慢性腎不全　（10例で1単位） （様式３－５－１）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 1 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 5) 慢性腎不全　（10例で1単位） （様式３－５－２）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 21 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 5) 慢性腎不全　（10例で1単位） （様式３－５－３）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 41 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 42 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 43 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 44 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 45 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 46 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 47 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 48 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 49 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 51 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 52 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 53 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 54 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 55 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 56 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 57 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 58 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 59 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 5) 慢性腎不全　（10例で1単位） （様式３－５－４）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 61 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 62 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 63 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 64 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 65 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 66 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 67 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 68 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 69 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 71 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 72 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 73 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 74 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 75 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 76 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 77 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 78 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 79 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 5) 慢性腎不全　（10例で1単位） （様式３－５－５）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 81 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 82 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 83 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 84 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 85 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 86 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 87 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 88 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 89 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 90 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 91 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 92 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 93 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 94 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 95 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 96 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 97 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 98 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 99 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 100 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 6) 小児泌尿器科疾患　（10例で1単位） （様式３－６－１）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 1 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 6) 小児泌尿器科疾患　（10例で1単位） （様式３－６－２）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 21 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 6) 小児泌尿器科疾患　（10例で1単位） （様式３－６－３）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 41 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 42 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 43 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 44 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 45 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 46 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 47 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 48 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 49 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 51 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 52 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 53 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 54 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 55 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 56 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 57 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 58 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 59 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 6) 小児泌尿器科疾患　（10例で1単位） （様式３－６－４）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 61 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 62 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 63 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 64 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 65 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 66 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 67 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 68 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 69 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 71 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 72 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 73 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 74 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 75 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 76 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 77 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 78 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 79 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 6) 小児泌尿器科疾患　（10例で1単位） （様式３－６－５）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 81 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 82 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 83 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 84 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 85 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 86 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 87 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 88 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 89 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 90 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 91 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 92 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 93 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 94 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 95 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 96 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 97 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 98 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 99 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 100 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 7) 不妊・アンドロロジー　（10例で1単位） （様式３－７－１）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 1 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 7) 不妊・アンドロロジー　（10例で1単位） （様式３－７－２）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 21 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 7) 不妊・アンドロロジー　（10例で1単位） （様式３－７－３）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 41 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 42 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 43 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 44 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 45 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 46 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 47 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 48 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 49 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 51 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 52 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 53 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 54 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 55 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 56 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 57 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 58 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 59 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 7) 不妊・アンドロロジー　（10例で1単位） （様式３－７－４）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 61 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 62 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 63 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 64 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 65 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 66 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 67 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 68 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 69 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 71 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 72 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 73 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 74 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 75 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 76 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 77 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 78 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 79 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）

症例一覧表 7) 不妊・アンドロロジー　（10例で1単位） （様式３－７－５）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診療 年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療法 | 転帰 | 診療施設名 | 担当医／指導医 |
| 81 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 82 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 83 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 84 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 85 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 86 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 87 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 88 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 89 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 90 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 91 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 92 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 93 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 94 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 95 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 96 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 97 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 98 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 99 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 100 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。

責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（診療施設が複数箇所の場合は、主たる施設の責任者が署名してください。責任者が本人の場合は本人が署名してください）