様式等一覧

・様式１−１　日本専門医機構認定 整形外科専門医資格更新申請書

・様式１−２　勤務実態自己申告書：概略

・様式１−３　勤務実態自己申告書：詳細

・様式２−１〜５　症例一覧表

・様式３−１　単位集計表

・様式３−２　専門医共通講習受講証明書

・様式３−３　整形外科領域研修受講証明書

・様式３−４　整形外科領域学業業績・診療以外の活動実績証明書

参照資料

・参照資料１　症例一覧表記入上の注意

・参照資料２　学術業績・診療以外の活動実績に算定できる単位

・参照資料３　日本整形外科学会専門医の更新時期に必要となる新更新基準の取得単位一覧表

提出書類

・様式１

・様式２

・様式３

（様式１−１）

日本専門医機構認定 整形外科専門医資格更新申請書

20　　年　　月　　日

一般社団法人 日本専門医機構　御中

フリガナ

氏　　名

生年月日　　　　　年　　月　　日

勤務先名

勤務先住所　〒　　　‐　　　　　　　　TEL：

自宅住所　　〒　　　‐　　　　　　　　TEL：

学　　歴　　　　　　年　　月　　　　　　　大学卒業

医籍登録番号　　第　　　　　　　　　号

医籍登録年月日　　　　　年　　月　　日

専門医登録番号　第　　　　　　　　　号　　　専門医取得日　　　　　年　月　日

資格継続開始日　　　　　年　　月　　日

資格期限日　　　　　　　年　　月　　日

日本整形外科学会会員ID

学位（任意）　　有　　　　　年　　月取得 無

メールアドレス（任意）　アドレス1

アドレス2

（様式１−２）

勤務実態自己申告書：概略

【勤務実態】

勤務形態については、直近１年間の実態を記載してください。

1週間当たりの診療関与時間

・勤務形態（主に従事する医療機関は必須： a. b. c. いずれかを選択）

a. 病院整形外科常勤医師として勤務している （はい、いいえ）

勤務先　 (　　　　　　　　　　　　　　　)

b. 診療所整形外科常勤医師として勤務している （はい、いいえ）

勤務先　 (　　　　　　　　　　　　　　　)

c. 病院または診療所整形外科非常勤医師として勤務している（複数ある場合はすべて記載）

（　　　）時間/週　 勤務先　(　　　　　　　　　　　　　)

（　　　）時間/週　 勤務先　(　　　　　　　　　　　　　)

（　　　）時間/週　 勤務先　(　　　　　　　　　　　　　)

・　その他： （　　　　）時間/週　勤務内容　（　　　　　　　　　　　　　　　　）

【前回日本整形外科学会認定後申請時までの職歴等】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 期　　間 | 勤　　務　　先 | 職　名 |
| 自　 年 月 日至　 年 月 日 |  |  |
| 自　 年 月 日至　 年 月 日 |  |  |
| 自　 年 月 日至　 年 月 日 |  |  |
| 自　 年 月 日至　 年 月 日 |  |  |
| 自　 年 月 日至　 年 月 日 |  |  |

※前回認定時と変更のない場合もご記入ください。

※大学院、留学の場合は勤務先欄にその旨を記載してください。

※教育施設に非常勤で所属の場合は、主たる職歴に並列して記載してください。

（様式１−３）

勤務実態自己申告書：詳細

以下は専門医の活動の実態を把握するための参考とします。祝日や学会出張等がない平均的な1週間の勤務実態を想定して記載してください。

診療活動 小計（　　　　）時間/週

一般外来診療 （　　　　）時間/週

救急外来診療 （　　　　）時間/週

入院診療 （　　　　）時間/週

臨床検査 （　　　　）時間/週

手術 （　　　　）時間/週

その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （　　　　）時間/週

診療管理と教育活動 小計（　　　　）時間/週

カンファレンス （　　　　）時間/週

診療に関わる委員会活動 （　　　　）時間/週

学生・研修医・専攻医指導 （　　　　）時間/週

メディカルスタッフ指導 （　　　　）時間/週

大学非常勤講師としての教育活動 （　　　　）時間/週

臨床教授としての教育活動 （　　　　）時間/週

その他の臨床的活動 小計（　　　　）時間/週

健康相談 （　　　　）時間/週

臨床に関わる書類作成 （　　　　）時間/週

その他： （　　　　）時間/週

専門医として相応しい病院外での医療活動 小計（　　　　）時間/週

内容記載→ （　　　　）時間/週

内容記載→ （　　　　）時間/週

 （様式２−１）

症例一覧表 　（100例で5単位）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 初診日or手術日年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 保存療法or手術術式 | 転帰 | 診療施設名/管理番号 | 担当医/指導医 |
| 1 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 0 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | / / |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | / / |  |  |  |  |  |  |  |

※患者の情報管理に留意すること。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。

　 責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

 （様式２−２）

症例一覧表 　（100例で5単位）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 初診日or手術日年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 保存療法or手術術式 | 転帰 | 診療施設名/管理番号 | 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。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。

　 責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

 （様式２−３）

症例一覧表 　（100例で5単位）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 初診日or手術日年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 保存療法or手術術式 | 転帰 | 診療施設名/管理番号 | 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。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。

　 責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

 （様式２−４）

症例一覧表 　（100例で5単位）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 初診日or手術日年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 保存療法or手術術式 | 転帰 | 診療施設名/管理番号 | 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。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。

　 責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

 （様式２−５）

症例一覧表 　（100例で5単位）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 初診日or手術日年/月/日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 保存療法or手術術式 | 転帰 | 診療施設名/管理番号 | 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。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。

　 責任者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（様式３−１）

単位集計表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 直近5年間の取得単位 | 更新申請に必要な単位 |
| i) 診療実績の証明 | A　症例一覧の提示による診療実績 | 単位 | （0〜5単位） |
| B　指導医としての活動実績(注1) | 単位 | （0〜5単位） |
| A+B | 単位 | 5単位以上必須最大10単位 |
| ii) 専門医共通講習 | a.必修講習 | 医療安全：単位 | 各1単位以上必須 |
| 感染対策：単位 |
| 医療倫理：単位 |
| b.その他 | 単位 | （0～7単位）  |
| a＋b | 単位 | 3単位以上必須最大10単位 |
| iii) 整形外科領域講習(注２） | ③単位 | 20単位以上必須 |
| iv) 学術業績・診療以外の活動実績 | ④単位 | 0～10単位 |
| 総合計（①＋②\*＋③＋④）\*②には必修講習各1単位以上が必須です | 単位 | 50単位 |

　(注1)　1人の専攻医につき最低2ヶ月の指導で1単位（最大5単位＝5人）付与。

　(注２)　講演会講師1回につき2単位付与。

事務局記入欄

　日本整形外科学会会員ID

受付年月日　　　　　　年　　　月　　　日

（様式３−２）

専門医共通講習受講証明書

単位集計表（様式３−１）に記載した単位に相当するものを添付してください。

（様式３−３）

整形外科領域講習受講証明書

単位集計表（様式３−１）に記載した単位に相当するものを添付してください。

（様式３−４）

整形外科領域学術業績・診療以外の活動実績証明書

単位集計表（様式３−１）に記載した単位に相当するものを添付してください。

（参照資料１）

症例一覧表記入上の注意

・資格継続開始日から現在までの症例のうち、100例について記入してください。

・全例手術施行例でも、全例保存療法例でも、混合でも構いません。

・初診日は保存療法施行例の場合に記入してください。

・手術日は手術施行例の場合に記入してください。

・担当医/指導医の欄は、担当医として診療した場合は担当医と、指導医として診療した場合は指導医と記載してください。

・正しい申告が原則であり、申告が実態と一致しているか否かについて診療実績を検証するこ　とがあります。

（参照資料２）

学術業績・診療以外の活動実績に算定できる単位

○教育的企画・学術集会等への参加（最大６単位）

　　　日本整形外科学会３学会　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 3単位

　　　その他の整形外科関連学会 　　　　　　　　　　　　　　 　 2単位

　　　日本医学会総会　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 3単位

　　　その他の研究会 　　　　　　 　　　 　　　　　　 1単位

　　　国際学会 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 2単位

○業績発表

　　　【学術発表】整形外科に関する筆頭発表者､主たる共同演者（第2発表者）1名　 1単位

　　　【司会・座長】整形外科に関する発表の司会・座長 　　　　 　 1単位

　　　【学術誌・著書等における発表】

　　　　　日本整形外科学会雑誌掲載論文(和文英文誌)　　　　 筆頭　2単位　　 連名　1単位

PubMed掲載論文 　　　 筆頭　2単位　　 連名　1単位

その他の学術雑誌等における整形外科関連論文　　　 筆頭　2単位　　 連名　1単位

○その他

　　　PubMed掲載論文の査読 　　　　　　　　　　 １編につき　　　　１単位

　　　日本整形外科学会雑誌の査読　　　　　　　　　　　　　　　 １編につき　　　　１単位

 専門医試験問題作成や試験委員・監督など試験に関する業務　 １業務につき　　　１単位

・教育的企画・学術集会等への参加に関しては、参加章等のコピーを提出してください

・学術発表、司会・座長に関しては、証明できる抄録等のコピーを提出してください

・論文に関しては、論文の最初の頁のコピーなど掲載を証明できるものを提出してください

・査読、試験に関する業務に関しては、それを証明できるものを提出してください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 完全移行後の機構　　認定専門医 | 日本整形外科学会専門医の更新時期に必要となる新更新基準の取得単位 |
| 項　目 | 取得単位 | 2016年 | 2017年 | 2018年 | 2019年 | 2020年 |
|  |  |  |  |  |
| i)診療実績の証明 | 最小5単位 | 最小1 | 最小2 | 最小3 | 最小4 | 最小 5 |
| 最大10単位 | 最大2 | 最大4 | 最大6 | 最大8 | 最大10 |
| ii)専門医共通講習＊ | 最小3単位 | 最小1 | 最小2 | 最小2 | 最小3 | 最小 3 |
| 最大10単位 | 最大2 | 最大4 | 最大6 | 最大8 | 最大10 |
| (このうち3単位は必修講習) | 必修講習の条件なし | 必修講習で1単位以上 | 必修講習で2単位以上 | 必修講習で3単位以上 | 必修講習で3単位以上 |
| iii)整形外科領域講習 | 最小20単位 | 最小4 | 最小8 | 最小12 | 最小16 | 最小20 |
| iv)学術業績・診療以外の活動実績 | 0～10単位 | 0～2 | 0～4 | 0～6 | 0～8 | 0～10 |
| i)～iv)の合計（新更新基準としての単位） | 50単位 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 |
| 学会更新分の単位（従前の単位） |  | 40 | 30 | 20 | 10 | 0 |

 （参照資料３）

日本整形外科学会専門医の更新時期に必要となる新更新基準の取得単位一覧表

＊専門医共通講習は施設で行われている講習会で直近５年以内のものであれば受講証明書をもって算定可能です。