

第33回 認定内科医資格認定試験 受験案内

1. 実施について	02 ▶ 03
2. 受験資格と出願書類について	04 ▶ 12
▷ 受験願書の記入例	
2004年(平成16年)以後の医師国家試験合格者…	06 ▶ 07
2003年(平成15年)以前の医師国家試験合格者…	08 ▶ 09
3. 提出書類チェックリスト.....	13 ▶ 16
4. 認定教育施設一覧	
▷ 教育病院・教育特殊施設一覧	17 ▶ 20
▷ 教育関連病院・教育関連特殊施設一覧	21 ▶ 26
▷ 大学病院一覧	27
▷ 2016年度 認定降格・取消・保留 施設での 研修について	28
5. 病歴要約作成について	29 ▶ 51
6. 試験問題の出題方式・合否判定について	52

▶第33回 認定内科医資格認定試験の実施について

試 験 日 2017年7月2日(日)

試 験 会 場 パシフィコ横浜 展示ホール；横浜市西区みなとみらい1-1-1

受験願書の 2016年12月1日(木) 午前11時～

請求期間 2017年2月22日(水) 午後3時まで

受験願書の 本会HPから請求してください。(「認定医制度」⇒「資格認定試験」⇒
請求方法 「認定内科医資格認定試験」：http://www.naika.or.jp/nintei/exam/bor_top/)

本会から「受験願書」「受理通知用はがき」「受験料振込用紙」「出願用封筒」などを郵送します。

「受持入院患者一覧表」、「病歴要約」の各書式は、本会HPの「認定医制度」⇒「病歴要約」⇒「各種書式のダウンロード」からダウンロードして作成してください。

出 願 期 間 **2017年2月1日(水)～2月28日(火)**

出願は書留や簡易書留での郵送に限り、**上記出願期間内の消印を有効と**します。

※上記以外の手段を利用した送付や事務局への直接持参、あるいは消印が出願期間外のもの、または消印がないものは受け付けいたしません。

出 願 方 法 次記10点(もしくは9点)の書類を「出願用封筒」を使って、一括して書留や簡易書留で郵送してください。

※病歴要約提出免除の受験者は5頁の「出願時に提出する書類」をご参照ください。

①受験願書、②受理通知用はがき、③受持入院患者一覧表、④病歴要約、⑤退院時サマリーのコピー、⑥手術記録のコピー、⑦剖検報告書のコピー、⑧プレゼンテーション(口頭発表)したことを証明するもののコピー、⑨救急蘇生講習会の受講修了証のコピー、⑩臨床研修修了登録証のコピー

※⑩については2004年(平成16年)以後の医師国家試験合格者のみ

受 験 料 3万円(税込)

上記出願期間内に専用の振込用紙を使ってお振込みください。

※納入された受験料はいかなる事由があっても返還いたしません。

再受験を希望される方へ 2017年度からの変更事項

認定内科医試験を第28回(2012年実施)以降に受験され、既に病歴要約が合格(A・B・C評価)となられている方は、出願時に病歴要約の提出が免除されます。

※第33回認定内科医試験(2017年実施)より適用

上記に該当される方は、出願時に必ず《病歴要約評価結果用紙》のコピーを同封してください。

☞《病歴要約評価結果用紙》とは

試験結果通知に同封されていた、病歴要約評価結果と評価委員からのコメントが記載された用紙

▼身体に障がいや傷病等がある場合の特別措置について

身体機能の障がいや傷病(妊娠中も含む)等により、受験に際して特別な措置を必要とされる方は、**4月30日**までに**E-mail**でお問い合わせください。資格認定試験委員会で審査の上、対応を検討いたします。

お問い合わせにあたっては、医師の診断書または身体障害者手帳の写し等、客観的な証明が必要となりますので予めご準備ください。

また、出願後の疾病または事故等により負傷した場合にも、それに応じた特別な措置を検討いたしますが、申請が試験日の直前である場合や申請内容によっては対応できないことがあります。

▼受験票の送付について

受験有資格者には受験票および試験案内を**6月中旬頃**に送付する予定です。

送付先は5月末時点で本会に登録されている郵送物の送付先住所宛となりますので、転居している場合は早めに本会に住所変更届を提出してください。

なお、**6月16日**までに受験票が届かない場合は、**6月19日**までにその旨を必ず**E-mail**でお問い合わせください。ご連絡がない場合は、届いているものとみなします。

▼その他

▷不明な点については、まずは本会HPの【試験に関するよくある質問】でご確認ください。(「認定医制度」⇒「資格認定試験」⇒【試験に関するよくある質問】)

▷その他の不明な点については、必ず**E-mail**でお問い合わせください。

※提出症例の可否、試験問題の内容、合否判定基準等の問い合わせには応じられません。

【問い合わせ先】

一般社団法人日本内科学会 資格認定試験委員会
E-mail : shiken@naika.or.jp

▶ 受験資格について

▼ 受験資格 以下(1)～(8)を全て満たす者

- (1) 日本国の医師免許を有していること
- (2) 本会会員であること
- (3) 2017年度までの年会費※を完納すること
※ 2017年度の年会費振込用紙は3月中に送付する予定です。振込用紙が届き次第、4月30日までに必ずお支払いください。
- (4) 受験料を出願期間内に完納すること
- (5) 本会認定教育施設において、次記AまたはBの研修歴を有すること
(試験日までに修了見込みの者も含む)
- (6) 病歴要約一式(18症例分)を不備なく提出できること
- (7) 受持ち症例について筆頭演者として口頭発表した実績があること
- (8) 医師免許取得後に救急蘇生講習会(JMECC, ACLS, ICLS)を受講していること

※ BLS コースや Healthcare Provider コースの受講のみでは不可

A. 2004年(平成16年)以後の医師国家試験合格者

次記の内科臨床研修歴を満たし、内科全般の臨床研修を修了した者。

▶ 初期臨床研修2年間(その内、内科臨床研修6か月間以上) + 教育病院または教育関連病院での内科後期臨床研修1年間(12か月間)以上 = 計3年間以上

※ 必修化された初期臨床研修の2年間は教育病院での研修扱いといたします。

B. 2003年(平成15年)以前の医師国家試験合格者

次記①～④のいずれかの内科臨床研修歴を満たし、内科全般の臨床研修を修了した者。

- ① 教育病院での内科臨床研修3年間以上
- ② 教育病院での内科臨床研修2年間以上 + 教育関連病院での内科臨床研修 = 計3年間以上
- ③ 教育病院での内科臨床研修1年間以上 + 教育関連病院での内科臨床研修 = 計4年間以上
- ④ 教育関連病院での内科臨床研修5年間以上

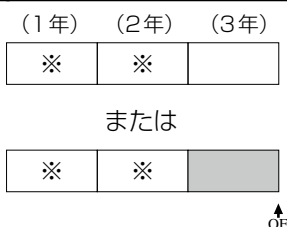
注・上記の教育病院および教育関連病院は本会が認定したものを指しています。

(17～28頁をご参照ください。)

- ・ 大学病院および内科臨床大学院は教育病院扱いといたします。
- ・ 他科(救急科・放射線科など)での研修は内科研修歴に含まれません。
- ・ 休職期間の取り扱いについては、本会HPをご参照ください。

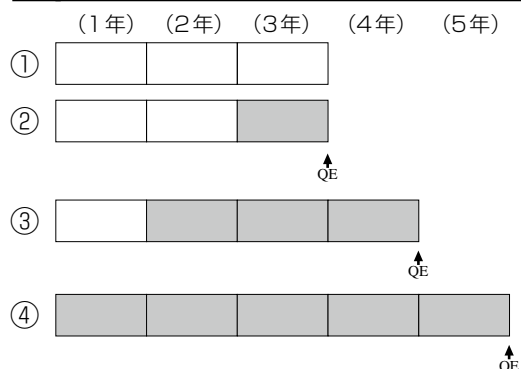
受験資格としての研修年限

A. 2004年(平成16年)以後の医師国家試験合格者



- (※) = 必修化された初期臨床研修
 □ = 教育病院(大学病院・内科臨床大学院含む)での内科後期臨床研修
 ■ = 教育関連病院での内科後期臨床研修
 QE = 認定内科医資格認定試験 (Qualifying Examination)

B. 2003年(平成15年)以前の医師国家試験合格者



- = 教育病院(大学病院・内科臨床大学院含む)での内科臨床研修
 ■ = 教育関連病院での内科臨床研修
 QE = 認定内科医資格認定試験 (Qualifying Examination)

▼前記AおよびBで、教育病院（大学病院含む）における内科後期臨床研修プログラムの一環として認定されていない病院へ派遣（1年以内に限る）され、内科臨床研修を行った場合について
※教育関連病院からの派遣は含まれません

次記①と②の書類を併せて提出することにより、認定されていない病院での内科臨床研修歴および症例の提出を認めます。

① 研修証明書：派遣元病院（教育病院）と派遣先病院（認定されていない病院）とが密接な関係（連携）を有していることを証明する書類

※証明書書式は本会HPの「各種書式のダウンロード」からダウンロードできます。

② 派遣元病院（教育病院）の内科後期臨床研修プログラムの一環として派遣されていることを証明する研修プログラムのコピー

※地域医療は内科研修として認めますが、他科（救急科・放射線科など）での研修は含まれません。

【その他、条件の補足事項】

③ 指導体制

▷ 派遣先に※本会内科指導医に相当する医師が勤務しており、その指導を受けていること。

▷ 上記に相当する医師が派遣先にいない場合（診療所等）は、派遣元病院（教育病院）の本会内科指導医が定期的に研修のフォローアップをしていること。

※本会内科指導医とは、以下(1)～(3)を全て満たし、本会の承認を受けた者。

(1)総合内科専門医、認定内科医あるいは指定13学会の専門医の認定を受けている者。

(2)内科臨床歴7年（8年目）以上の者。

(3)過去5年間に内科の臨床研究に関する業績発表3篇を有する者。

④ 診療体制

▷ 派遣先病院の診療体制が整っていること。

▷ 派遣先病院に原則として内科病棟があること。但し、内科病棟がない場合（診療所や駐屯地等）は、その限りではない。

▶ 出願書類について

▼出願時に提出する書類

通常受験者

1. 受験願書
2. 受理通知用はがき
3. 受持入院患者一覧表3枚
4. 病歴要約18例
5. 退院時サマリーのコピー 18例
6. 手術記録のコピー 2例
7. 剖検報告（最終診断）書のコピー 1例
8. プレゼン（口頭発表）資料のコピー
9. 救急蘇生講習会受講修了証のコピー
10. 臨床研修修了登録証のコピー
（2004年以後の医師国家試験合格者のみ）

病歴要約提出免除の受験者

（既に病歴要約が合格になっている再受験者）

1. 受験願書
2. 受理通知用はがき
3. プレゼン（口頭発表）資料のコピー
4. 救急蘇生講習会受講修了証のコピー
5. 臨床研修修了登録証のコピー
（2004年以後の医師国家試験合格者のみ）
6. 病歴要約評価結果用紙（合格のもの）

① 受験願書

▶ 受験願書の記入例 (2004年(平成16年)以後の医師国家試験合格者)

※同封の受験願書と受験料振込用紙には、書類をご請求いただいた貴方の個人情報が印刷されております。
従いまして、他の方が使用することはできません。

※訂正がある場合は、二本線で消して訂正印(受験者本人の捺印で可)を押してください。

願書(表)

一般社団法人日本内科学会認定医制度

・第33回

認定内科医資格認定試験願書

どちらかに○印をつけること
新⇒初めて受験される方
再⇒再受験の方

回数を記入すること

必ず捺印すること

※書類を請求された
貴方の会員番号が
印字されています。

西暦で記入すること

写真裏面に氏名を記
入の上、全面貼付す
ること
(スナップ写真や本人
確認が著しく困難な
写真は不可)

勤務先で個人のメー
ルアドレスをお持ち
の場合は記入するこ
と

ふりがな		ない	か	は	な	こ	本人印	生	年	月	日					
氏名		内科 花子						1	9	0	年	2	月	14	日生	
								2	7	歳	男・女					
日本内科学会会員番号		ナ～*****					※受験番号									
学 歴	2		0	1	4	年		3	月			〇	〇	大学医学部卒業		
						年			月					大学大学院入学		
	[専 攻 : _____ 主科目名 : _____]															
							年			月					大学大学院修了	
写真貼付欄 (写真裏面に氏名を記入 の上、全面貼付のこと) 眼鏡をかけて受験する 方は眼鏡をかけた状態 の写真とする。 最近3か月以内 半身・正面・脱帽 5cm×4cm		医師資格取得年月日		2		0	1	4	年		4	月		1	日	
		医籍登録番号		*		*	*	*	*	*	*					
		入会后、改姓・改名があれば記入のこと														
現住所		〒***** TEL ***** E-mail :*****@***.ne.jp														
		東京都〇〇区〇〇3丁目10-3														
現勤務先住所		〒*****														
		神奈川県〇〇市〇〇1丁目1番地														
病院名		〇〇市立〇〇病院										診療科名 循環器内科				
TEL ***** , FAX *****		※認定内科医認定番号														
E-mail :*****@***.or.jp																

記入日現在の年齢
を記入すること

大学院に入学され
た方は大学院にお
ける専攻・主科目
名を記入すること
(専攻：器官病態
内科学講座、
主科目名：消化器
内科学など)

西暦で記入するこ
と

数字6桁の医籍
登録番号を記入す
ること(外国籍の
方は4桁)

改姓・改名があっ
た場合は記入する
こと

本会より連絡をす
る場合があるので、必ず連絡のと
れるメールアドレスを記入すること

※印欄は記入しないこと。

※①休職、②留学、③内科以外の研修、④本会が認定していない施設における勤務についても記入し、
期間に空白が生じないように注意すること。

なお、前述の場合、認定施設コード欄は空欄のままで結構です。

願書（裏）

その病院が所在する都道府県名を記入すること

全て西暦で記入すること

初期臨床研修2年間の内、他病院で研修した際に受け持った症例を病歴要約として提出する場合は、改めて記載すること

同じ病院で「初期臨床研修」と「内科後期臨床研修」を行った場合でも、必ずそれぞれの期間や内科で研修した月数を分けて、別の行に記入すること

病院名に変更があった場合は旧名称を併記すること

☆実質、内科で研修した月数を記入すること

2年間の初期研修に該当するものに チェックをすること (医師免許取得後から現在に至るまでを西暦記載)		期 間	都道府県名	病院名および診療科名	主な研修内容	☆	認定施設コード
☒	2014年 4月 ~ 2016年 3月	神奈川県	〇〇市立〇〇病院 研修医	1, 2年目 全科ローテーション	6	***	
☒	2014年 10月 ~ 2014年 12月	神奈川県	〇〇総合病院 外科	外科研修			
☐	2016年 4月 ~ 2017年 3月 まで継続	神奈川県	〇〇市立〇〇病院 循環器内科	循環器内科を中心 とした内科全般	12	***	
☐	年 月 ~ 年 月						
☐	年 月 ~ 年 月						
☐	年 月 ~ 年 月						
☐	年 月 ~ 年 月						
☐	年 月 ~ 年 月						
☐	年 月 ~ 年 月						
☐	年 月 ~ 年 月						
☐	年 月 ~ 年 月						
教育責任者が記載・捺印する欄				上記の通り相違ありません 証明日 2017年 2月 26日		月数合計	左記 病院の 認定 施設 コード
教育病院（教育関連病院）名 〇〇市立〇〇病院						18	***
教育責任者氏名 認定 正							

17～28頁の認定教育施設一覧を参考に
本会認定教育施設については認定施設
コードを記入すること

期間が重複しているものは、
カッコ書きにすること

2017年3月（見込み）
までの研修歴を記入すること

教育責任者が勤務する認定教育施設の認定施設コードを記入すること

本会認定教育施設のエデュケーション責任者に署名と捺印をもらうこと
▷エデュケーション責任者とは
●大学病院では自分が勤務（所属）している内科学講座の教授
（教授のポストが空席であれば准教授でもよい）
●教育病院または教育関連病院では、本会に登録されているエデュケーション責任者（17～28頁を参照のこと）
※出願時に勤務している病院が本会認定教育施設ではない場合は、研修歴上の直近に勤務していた認定教育施設に遡ってもらってください。

▶ 受験願書の記入例 (2003年(平成15年)以前の医師国家試験合格者)

※同封の受験願書と受験料振込用紙には、書類をご請求いただいた貴方の個人情報が印刷されております。
従いまして、他の方が使用することはできません。

※訂正がある場合は、二本線で消して訂正印(受験者本人の捺印で可)を押してください。

願書(表)

回数記入すること

必ず捺印すること

※書類を請求された貴方の会員番号が印字されています。

西暦で記入すること

写真裏面に氏名を記入の上、全面貼付すること
(スナップ写真や本人確認が著しく困難な写真は不可)

改姓・改名があった場合は記入すること

勤務先で個人のメールアドレスをお持ちの場合は記入すること

どちらかに○印をつけること
新⇒初めて受験される方
再⇒再受験の方

記入日現在の年齢を記入すること

大学院に入学された方は大学院における専攻・主科目名を記入すること
(専攻：器官病態内科学講座、主科目名：消化器内科学など)

西暦で記入すること

数字6桁の医籍登録番号を記入すること(外国籍の方は4桁)

改姓・改名があった場合は記入すること

本会より連絡をする場合があるので、必ず連絡のとれるメールアドレスを記入すること

※印欄は記入しないこと。

一般社団法人日本内科学会認定医制度
第33回
認定内科医資格認定試験願書

新・再

ふりがな ない か た ろ う 本人印 生 年 月 日

氏 名 内科 太郎 1976年2月23日生

41歳 男・女

日本内科学会会員番号 ナ～***** ※受験番号

2000年3月 大学医学部卒業

大学大学院入学

[専 攻： 主科目名：]

大学大学院修了

写真貼付欄
(写真裏面に氏名を記入の上、全面貼付のこと)
眼鏡をかけて受験する方は眼鏡をかけた状態の写真とする。
最近3か月以内
半身・正面・脱帽
5cm×4cm

医師資格取得年月日 2000年5月1日

医籍登録番号 *****

入会后、改姓・改名があれば記入のこと

現住所 〒***** TEL ***** E-mail:*****@***.com

東京都〇〇区〇〇3丁目10-3

現勤務先住所 〒*****

東京都〇〇区〇〇1丁目1-1

病院名 医療法人〇〇会 〇〇病院 診療科名 消化器内科

TEL ***** FAX ***** ※認定内科医認定番号

E-mail:*****@***.or.jp

願書(裏)

病院名に変更があった場合は
旧名称を併記すること

その病院が所在する
都道府県名を記入すること

全て西暦で記入すること

①休職、②留学、
③内科以外の研修、④本会が認定
していない施設における勤務につ
いても記入すること。
なお、前述の場合、
認定施設コード欄
は空欄のままで結
構です。

研 修 歴

☆実質、内科で研修した月数を記入すること

期 間 (医師免許取得後から現在に至るまでを西暦記載)	都道府県名	病院名および診療科名	主な研修内容	☆	認定 施設 コード
2000年 5月 ~ 2002年 3月	東京	〇〇大学病院 内科研修医	内科ローテート + 麻酔科(1か月) + 救急部(1か月)	21	**
2002年 4月 ~ 2003年 3月	東京	東京都〇〇病院 消化器内科	消化器内科を中心 とした内科全般	12	***
2003年 4月 ~ 2006年 3月	栃木	〇〇総合病院 消化器内科	消化器内科を中心 とした内科全般	36	****
2006年 4月 ~ 2006年 6月	東京	〇〇大学病院 消化器内科	〃	3	**
2006年 7月 ~ 2010年 9月		米国 〇〇大学留学	〇〇の研究		
2010年 10月 ~ 2012年 3月	東京	〇〇大学病院 消化器内科	消化器内科を中心 とした内科全般	18	**
2012年 4月 ~ 2017年 3月 まで継続	東京	医療法人〇〇会 〇〇病院消化器内科	消化器内科を中心 とした内科全般		
年 月 ~ 年 月					
年 月 ~ 年 月					
年 月 ~ 年 月					
年 月 ~ 年 月					
教育責任者が記載・捺印する欄			上記の通り相違ありません		
			証明日 2017年 2月 24日	月数合計	左記 病院の 認定 施設 コード
教育病院(教育関連病院)名 〇〇大学病院					
教育責任者氏名 認定 清				90	***

17~28頁の認定教育施設一覧を参考に
本会認定教育施設に
ついては認定施設
コードを記入すること

2017年3月(見込み)
までの研修歴を記入
すること

教育責任者が勤務する
認定教育施設の認定
施設コードを記入
すること

本会認定教育施設のエグゼクティブに署名と捺印をもらうこと

▷エグゼクティブとは

- 大学病院では自分が勤務(所属)している内科学講座の教授
(教授のポストが空席であれば准教授でもよい)
- 教育病院または教育関連病院では、本会に登録されているエグゼクティブ
者(17~28頁を参照のこと)

※出願時に勤務している病院が本会認定教育施設ではない場合は、研
修歴上の直前に勤務していた認定教育施設に遡ってもらってください。

② 受理通知用はがき

- ▷ 52円分の切手を貼付し、必ず受取先住所・受取人氏名を明記してください。
本会で出願書類を受理しましたら、本はがきに受理印を押印して返送いたします。

③ 受持入院患者一覧表（18症例分）

- ▷ 本会HPの「各種書式のダウンロード」から書式をダウンロードし、直接入力してください。 ※手書きのものは受け付けできません。
▷ 成人例（担当時に15歳以上）が対象です。
▷ 最終頁には、出願時に勤務している本会認定教育施設の教育責任者から直筆の署名と捺印をもらってください。
※出願時に勤務している病院が本会認定教育施設ではない場合は、研修歴上の直近に勤務していた認定教育施設に遡ってもらってください。

④ 病歴要約（前記③の18症例分）

- ▷ 本会HPの「各種書式のダウンロード」から書式をダウンロードし、【病歴要約作成の手引き（29～31頁）】に従って作成してください。 ※手書きのものは受け付けできません。
▷ 成人例（担当時に15歳以上）が対象です。
▷ 1症例を必ずA3判1枚に収めて作成してください。
▷ 教育責任者の署名・捺印は、原則として当該症例を受け持った病院の教育責任者からもらってください。但し、出願時に勤務している病院が本会認定教育施設であり、その教育責任者が他病院の症例についても確認の上、責任を持って署名・捺印することをご承諾されるならば、出願時に勤務している病院でもらうことも可です。なお、教育責任者名はパソコンによる記名でも可です。

※教育病院（大学病院含む）における内科後期臨床研修プログラムの一環として認定されていない病院へ派遣され、内科臨床研修を行った際に受け持った症例を提出する場合（5頁の規定を参照）、病歴要約への署名・捺印については、①および②の2人からもらってください。

①当該症例を受け持った、認定されていない病院の病院長

②派遣元である教育病院（大学病院含む）の教育責任者（17～20頁を参照）

▶ 内訳と細則は次記のとおりです。

病歴要約 全18症例の構成

病歴No. 1：消化器	}	a
2：循環器		
3：内分泌・代謝		
4：腎臓		
5：呼吸器		
6：血液		
7：神経		
8：アレルギー・膠原病		
9：感染症		
10～13：選択領域（上記1～9からバランスよく選択）	}	b
14・15：外科転科または外科担当症例		
16・17：救急症例		
18：剖検症例		

※a, b, c, dにおいて、症例の重複は認められません。

- a. 内科9分野（消化器、循環器、内分泌・代謝、腎臓、呼吸器、血液、神経、アレルギー・膠原病、感染症）からそれぞれ1症例を含んだ計13症例。
 ・ローテート中に内科以外の科で受け持った症例（**内科的疾患**）も可とします。
※初期診療のみで、その後のフォローに携わっていない症例は含めることができません。
- b. 治療目的で内科から外科へ転科させ外科的治療を行った症例、もしくは外科研修中に担当した手術症例、計2症例。※病歴の主症状の内科疾患に対する手術が行われた場合に限りです。
 ・手術所見を含めて考察してください。
- c. 救急症例（救急室来院時から診療を担当した内科症例）、計2症例。
 ・選択すべき症例は、救急車搬入後に緊急入院を要した症例を原則とし、入院診療まで継続して受け持った症例を選択することが望ましいが、救急症例として相応しい診療と考察が行われている場合には救急外来診療の病歴要約も認めます。
 ・救急症例の病歴要約では、本会の「研修カリキュラム2011」（本会HPの「認定医制度」⇒「研修関連」⇒「研修カリキュラム」）の救急の項（403頁～）に記載されている知識、身体診察、治療および疾患群を参照し、診療内容と考察部分とに救急症例の病歴要約として相応しい記載を行ってください。
- d. 生前からの受け持ち患者で、剖検を行った1症例。
（※次記の7項目をほぼ経験していること）
 ・needle necropsyは認めません。
 ・剖検所見を含めて考察してください。
 ・ローテート中に内科以外の臨床科で受け持った症例も認めます。
 ・①「当該症例を受け持っていたにもかかわらず、剖検報告書の主治医（担当医・受持医）欄に受験者本人の氏名が記載されていない場合」、あるいは②「搬入後診療を行った救急症例である場合（死体検案用の剖検は含めない）」は、当該症例を受け持った病院の教育責任者から次記の7項目をほぼ経験している旨の『剖検に関する証明書』が発行され、添付されている場合には提出を認めます。
※証明書書式は本会HPの「各種書式のダウンロード」からダウンロードできます。

1. 終末期医療の実践 2. 死亡の宣告 3. 遺族への剖検依頼 4. 剖検に際しての臨床上の問題点等を整理して病理へ提出 5. 剖検への立会い 6. 剖検所見との対比による考察 7. CPCへの参加

⑤ 退院時サマリーのコピー

- ▷ 受験者本人が受け持った症例であることを確認するためのもので、④－a、b、c、dの全18症例について退院時サマリーのコピーを提出してください。
- ▷ 受け持ったことが分かるように主治医（担当医・受持医）欄に記載されている受験者本人の氏名を蛍光ペンで塗ってください。
- ※1. 「当該症例を受け持っていたにもかかわらず、主治医（担当医・受持医）欄に受験者本人の氏名が記載されていない場合」は、当該症例を受け持った病院の教育責任者から『退院時サマリー提出に関する証明書』を発行してもらい、併せて提出してください。また、受験者本人の氏名が、記載医（記入医）欄のみの場合も、上記と同様に証明書の提出が必要です。
- ※2. 「改姓により、主治医（担当医・受持医）欄に記載されている氏名と出願時の氏名が異なる場合」は、『改姓に伴う自己申告書』を作成し、併せて提出してください。
- ※3. 「本会所定の病歴要約書式を正式な退院時サマリーとして使用している病院の場合」には、当該症例を受け持った病院の教育責任者から『確認書』を発行してもらい、併せて提出してください。
- ※4. 『退院時サマリー提出に関する証明書』、『改姓に伴う自己申告書』および『確認書』の書式は、本会HPの「各種書式のダウンロード」からダウンロードできます。

⑥ 手術記録のコピー

- ▷ ④－bの当該2症例分の執刀医が作成した手術記録（患者ID・診断名・要約が記載されているもの）のコピーを提出してください。

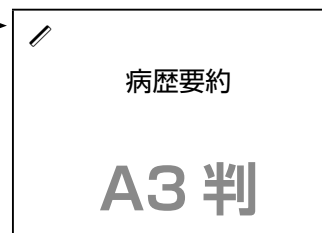
⑦ 剖検報告（最終診断）書のコピー

- ▷ ④－dの当該症例分の病理医が作成した剖検報告（最終診断）書（患者ID・病理診断の要約が記載されているもの）のコピーを提出してください。
- ▷ 受け持ったことが分かるように主治医（担当医・受持医）欄に記載されている受験者本人の氏名を蛍光ペンで塗ってください。

※ 1. 剖検報告書をCPCの症例提示要旨で代用することは不可とします。
 ※ 2. 最終診断書が出ていない場合は肉眼的所見が記載されているものでも可とします。

〔⑤、⑥および⑦についての注意事項〕

- ・ 患者ID、年齢、性別を除いた患者個人情報（氏名、生年月日、住所、連絡先等）や紹介元（先）病院（医師）名は、消去（マジックインキで塗りつぶすなど）した後、再度コピーして透けて見えないようにするか、もしくは予め付箋等で覆ってコピーするなど、絶対に読み取れない状態にして提出してください。
- ・ A3判またはA4判になるようにコピーしてください。
- ・ 提出する際の書類の並び順としては、当該④を表紙として次に⑤、あるいは⑤⇒⑥、⑤⇒⑦の順となります。「退院時サマリー提出に関する証明書」や「剖検に関する証明書」を併せて提出する場合には、⑤の次に「退院時サマリー提出に関する証明書」、⑦の次に「剖検に関する証明書」の順に並べ、最後に右図の矢印で示す部分を症例毎にホッチキスで留めて提出してください。



⑧ プレゼンテーション（口頭発表）したことを証明するもののコピー

- ▷ 受験者本人が自分の受け持ち症例をプレゼンテーション（口頭発表）したことを証明するもののコピーを1件提出してください。
- ▷ 成人例（担当時に15歳以上）で、発表者（症例提示者）として受験者本人の氏名が一番最初に記載されているもの（筆頭演者のもの）が対象です。
- ▷ ロータート中に内科以外の科で受け持った症例（内科的疾患）も可とします。
- ▷ 病院内のCPC（臨床病理検討会）、CC（臨床（症例）検討会）での口頭発表については、症例提示要旨やスライドのコピーを提出してください。
- ▷ 学会や研究会での症例報告については、口頭で発表したことを証明するプログラムのコピー（演題名・発表者名・学術集会名・開催年月日が記載されていること）を提出してください。※学会や研究会は特に規定しておりません。
- ▷ 受験者本人の氏名を蛍光ペンで塗ってください。

⑨ 救急蘇生講習会の受講修了証のコピー

- ▷ 医師免許取得後に受講した救急蘇生講習会の受講修了証のコピーを提出してください。なお、出願締切日（2017年2月28日）より2年以内に受講したものを推奨します。
 - ※ 1. 「救急蘇生講習会」とは、本会主催・認定のJMECC（内科救急・ICLS講習会）、AHA認定ACLSコース、ACLS協会、地域医師会、あるいは関連学会の認定したACLSコースならびにICLSコースを指しており、BLSコースやHealthcare Providerコースの受講のみでは不可です。なお、本会主催のJMECC（内科救急・ICLS講習会）の受講を推奨します。
 - ※ 2. 「救急蘇生講習会受講修了証」とは、本会、AHA認定ACLSコース、関連学会（日本救急医学会、日本麻酔科学会、日本循環器学会、日本蘇生学会、日本臨床救急医学会）、地域医師会、日本ACLS協会が発行したもの、または本会認定施設内で開催された「JMECC、ACLS、ICLS講習会」で発行されたものを指します。
 - ※ 3. 出願時（2017年2月28日締切）に救急蘇生講習会（JMECC、ACLS、ICLS）受講修了証を提出できない者は、救急蘇生講習会受講修了証の提出期限を2017年5月31日（事務局必着）まで延長いたします。
- 送付先：〒113-8433 東京都文京区本郷3-28-8 一般社団法人 日本内科学会 資格認定試験委員会

⑩ 臨床研修修了登録証のコピー

- ▷ 2004年（平成16年）以後の医師国家試験合格者のみ提出してください。
- ※ 臨床研修修了登録証の発行が間に合わない場合には、初期臨床研修を行った臨床研修指定病院から発行された臨床研修修了証のコピーを代わりに提出してください。

第 33 回認定内科医試験提出書類チェックリスト

このチェックリストを用いて必ず確認してから出願してください。
※提出された書類は返却いたしません。
※書類が揃っていないまたは不備がある場合には受験をお断りする場合があります。

1. 受験願書

【表 面】

- ☐ 必要事項をすべて記載してある。
- ☐ 新・再のどちらかに○印をつけてある。
- ☐ 受験者本人の捺印がしてある。
- ☐ ボールペンで記載してある。(鉛筆書き不可)
- ☐ 写真の裏面に氏名を記載してある。
- ☐ 3 か月以内に撮影した写真(受験時に眼鏡を着用する方はかけた状態での写真)を貼付してある。
- ☐ 必ず連絡のとれるメールアドレスを記載してある。 ※本会より連絡をする場合があるため

【裏 面】

- ☐ 必要事項をすべて記載してある。
- ☐ 研修歴(職歴)を漏れなく記載してある。(休職、留学、内科以外の研修、本会が認定していない施設における勤務についても記載)
- ☐ 2017 年3月(見込み)までの研修歴を記載してある。
- ☐ 2004 年以後の医師国家試験合格者の方については、初期臨床研修期間(2年間)とその後の内科後期臨床研修期間を分けて、別の行に記載してある。
- ☐ 実質、内科で研修した月数と月数合計とを記載してある。
- ☐ 認定施設コードを記載してある。
- ☐ 出願時に勤務している本会認定教育施設の教育責任者から直筆の署名と捺印をもらっている。
(注) 出願時に勤務している病院が本会認定教育施設ではない場合は、研修歴上の直近に勤務していた認定教育施設に遡ってもらうこと。
- ☐ 教育責任者が勤務する病院の認定施設コードを記載してある。

2. 受理通知用はがき

- ☐ 52 円分の切手を貼付してある。
- ☐ 受取先住所・受取人氏名を記載してある。

3. 受持入院患者一覧表

- ☐ パソコンで作成してある。(手書きは不可)
- ☐ 本会ホームページからダウンロードして作成してある。
- ☐ 必要事項をすべて入力してある。
- ☐ 全て成人例(担当時に15歳以上)である。
- ☐ 出願時に勤務している本会認定教育施設の教育責任者から直筆の署名と捺印をもらっている。

(注) 出願時に勤務している病院が本会認定教育施設ではない場合は、研修歴上の直近に勤務していた認定教育施設に遡ってもらうこと。

- ☐ 3枚をまとめて、左上部をホッチキスで留めてある。

4. 病歴要約 (No. 1～18)

- ☐ パソコンで作成してある。(手書きは不可)
- ☐ 本会ホームページからダウンロードして作成してある。
- ☐ 「病歴要約作成の手引き」に則って作成してある。
- ☐ 必要事項をすべて入力してある。
- ☐ A3判で作成してある。
- ☐ 全て成人例(担当時に15歳以上)である。
- ☐ 内科9分野からそれぞれ1症例を含む、計13例作成してある。
- ☐ 上記の13症例以外に、外科転科もしくは外科担当症例2例・救急症例2例・剖検症例1例を作成してある。
- ☐ 当該症例を受け持った病院の教育責任者から署名(パソコンによる記名も可)と捺印をもらっている。

(注) 但し、出願時に勤務している病院が本会認定教育施設であり、その教育責任者が他病院の症例についても確認の上、責任を持って署名・捺印することをご承諾されるならば、出願時に勤務している病院でもらうことも可とする。

5. 退院時サマリーのコピー (No. 1～18)

- ☐ A3判またはA4判にしてある。
- ☐ 主治医(担当医・受持医)欄にある自分の氏名が分かるように蛍光ペンで塗ってある。
- ☐ 患者ID、年齢、性別を除いた患者個人情報(氏名、生年月日、住所、連絡先等)や紹介元(先)病院(医師)名は、消去(マジックインキで塗りつぶすなど)した後、再度コピーして透けて見えないように(絶対読み取れないように)してある。
- ☐ 各18症例とも、病歴要約⇒退院時サマリーのコピーの順番に並べ、【図1】の矢印で示す部分をホッチキスで留めてある。

- ☐ 「当該症例を受け持っていたにもかかわらず、主治医（担当医・受持医）欄に自分の氏名が記載されていない場合」は、当該症例を受け持った病院の教育責任者から『退院時サマリー提出に関する証明書』が発行されており、ホッチキスで添付（【図1】参照）してある。
- ※受験者本人の氏名が、記載医（記入医）欄のみの場合も、上記と同様に証明書の提出が必要です。
- ☐ 「改姓により、主治医（担当医・受持医）欄に記載されている氏名と出願時の氏名が異なる場合」は、『改姓に伴う自己申告書』を作成して、同封してある。
- ☐ 「本会所定の病歴要約書式を正式な退院時サマリーとして使用している病院の場合」には、当該症例を受け持った病院の教育責任者から『確認書』が発行されており、同封してある。

6. 手術記録のコピー（No.14・15）

- ☐ A3判またはA4判にしてある。
- ☐ 患者IDが記載されている。（記載されていないため自ら記載した）
- ☐ 患者ID、年齢、性別を除いた患者個人情報（氏名、生年月日、住所、連絡先等）や紹介元（先）病院（医師）名は、消去（マジックインキで塗りつぶすなど）した後、再度コピーして透けて見えないように（絶対読み取れないように）してある。
- ☐ 各2症例とも、病歴要約⇒退院時サマリ－のコピー⇒手術記録のコピーの順番に並べ、【図1】の矢印で示す部分をホッチキスで留めてある。

7. 剖検報告（最終診断）書のコピー（No.18）

- ☐ A3判またはA4判にしてある。
- ☐ 主治医（担当医・受持医）欄にある自分の氏名が分かるように蛍光ペンで塗ってある。
- ☐ 患者IDが記載されている。（記載されていないため自ら記載した）
- ☐ 患者ID、年齢、性別を除いた患者個人情報（氏名、生年月日、住所、連絡先等）は、消去（マジックインキで塗りつぶすなど）した後、再度コピーして透けて見えないように（絶対読み取れないように）してある。
- ☐ 病歴要約⇒退院時サマリ－のコピー⇒剖検報告書のコピーの順番に並べ、【図1】の矢印で示す部分をホッチキスで留めてある。
- ☐ ①「当該症例を受け持っていたにもかかわらず、剖検報告書的主治医（担当医・受持医）欄に自分の氏名が記載されていない場合」、あるいは②「搬入後診療を行った救急症例である場合（死体検案用の剖検は含めない）」は、当該症例を受け持った病院の教育責任者から規定の7項目をほぼ経験している旨の『剖検に関する証明書』が発行されており、ホッチキスで添付（【図1】参照）してある。

【図1】

各症例の書類の順番

- ① 病歴要約
- ② 退院時サマリ－のコピー（+証明書）
- ③ 手術記録のコピー、または剖検報告書の
コピー（+証明書）

ホッチキス留め→



8. プレゼンテーション（口頭発表）したことを証明するもののコピー（1件）

- ☐ 成人例（担当時に15歳以上）である。
- ☐ 発表者（症例提示者）として自分の氏名が最初に記載されている。
- ☐ 自分の氏名が分かるように蛍光ペンで塗ってある。
- ☐ 病院内のCPC（臨床病理検討会）やCC（臨床（症例）検討会）で口頭発表したものは、症例提示要旨やスライドのコピーを同封してある。
- ☐ 学会や研究会で症例報告（口頭発表）したものは、プログラムのコピー（発表者名・演題名・学術集会名・開催年月日が記載されていること）を同封してある。

9. 救急蘇生講習会の受講修了証のコピー

- ☐ 救急蘇生講習会の受講修了証のコピーを同封してある。
（☐ 提出が間に合わないため、5月31日（事務局必着）までに別途郵送する。）
- ☐ 医師免許取得後に受講したものである。
- ☐ BLS コースやHealthcare Provider コースではない。

10. 臨床研修修了登録証のコピー（2004年以後の医師国家試験合格者のみ）

- ☐ 臨床研修修了登録証のコピーを同封してある。
（☐ 臨床研修修了登録証の発行が間に合わないため、初期臨床研修を行った病院から発行された臨床研修修了証のコピーを同封してある。）

11. 受験料（3万円）

- ☐ 納入済みである。
（注）出願時に領収書を同封していただく必要はありません。

12. 年会費

- 年会費振込用紙は3月中に送付予定です。振込用紙がお手元に届き次第、4月30日までに必ずお支払いください。

▼出願時に提出する書類

通常受験者

- ☐ 受験願書
- ☐ 受理通知用はがき
- ☐ 受持入院患者一覧表3枚
- ☐ 病歴要約18例
- ☐ 退院時サマリーのコピー18例
- ☐ 手術記録のコピー2例
- ☐ 剖検報告（最終診断）書のコピー1例
- ☐ プレゼン（口頭発表）資料のコピー
- ☐ 救急蘇生講習会受講修了証のコピー
- ☐ 臨床研修修了登録証のコピー
（2004年以後の医師国家試験合格者のみ）

病歴要約提出免除の受験者

（既に病歴要約が合格になっている再受験者）

- ☐ 受験願書
- ☐ 受理通知用はがき
- ☐ プレゼン（口頭発表）資料のコピー
- ☐ 救急蘇生講習会受講修了証のコピー
- ☐ 臨床研修修了登録証のコピー
（2004年以後の医師国家試験合格者のみ）
- ☐ 病歴要約評価結果用紙（合格のもの）

▶教育病院・教育特殊施設一覧

施設コード	施設名	教育責任者
北海道		
365	札幌徳洲会病院	伊藤喜代春
724	手稲深仁会病院	星 哲哉
86	公益社団法人北海道勤労者医療協会 勤医協中央病院	古山 準一
377	社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院	中田 智明
376	市立函館病院	松村 尚哉
380	市立室蘭総合病院	福岡 将匡
362	JA北海道厚生連 札幌厚生病院	本谷 聡
82	市立札幌病院	向井 正也
360	KKR札幌医療センター	鈴木 潤一
889	札幌東徳洲会病院	山崎 誠治
907	江別市立病院	阿部 昌彦
83	市立旭川病院	斉藤 裕輔
383	砂川市立病院	日下 大隆
369	JA北海道厚生連 旭川厚生病院	三浦 貴徳
379	JA北海道厚生連 帯広厚生病院	山本 真
青森		
87	青森県立中央病院	沼尾 宏
395	八戸市立市民病院	沖 元二
岩手		
88	岩手県立中央病院	菅原 隆
89	盛岡赤十字病院	市川 隆
400	岩手県立胆沢病院	鈴木 俊郎
秋田		
405	秋田赤十字病院	村田 雅彦
91	社会医療法人明和会 中通総合病院	草薨 芳明
92	JA秋田厚生連 平鹿総合病院	高橋 俊明
90	JA秋田厚生連 由利組合総合病院	西成 民夫
山形		
93	山形県立中央病院	間中 英夫
94	山形市立病院済生館	野村 隆
890	公立置賜総合病院	佐藤 伸二
826	山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院	小熊 正樹
宮城		
977	一般財団法人厚生会 仙台厚生病院	長南 明道
97	独立行政法人労働者健康安全機構 東北労災病院	大原 秀一
96	仙台市立病院	八木 哲夫
95	独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター	鶴飼 克明
422	(公財)宮城厚生協会 坂総合病院	小幡 篤
424	石巻赤十字病院	矢内 勝
790	大崎市民病院	高井 修
福島		
725	一般財団法人大原記念財団 大原総合病院	石橋 敏幸
101	一般財団法人太田総合病院附属 太田熱海病院	山根 清美
102	一般財団法人太田総合病院附属 太田西ノ内病院	井上 実
100	一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院	若林 博人
99	いわき市立総合磐城共立病院	中山 晴夫
茨城		
112	茨城県厚生連 土浦協同病院	酒井 義法
949	牛久愛和総合病院	瀬口 雅人
443	JAとりで総合医療センター	伊藤 孝美
113	茨城県立中央病院	鍋木 孝之
1165	茨城県厚生連 総合病院水戸協同病院	佐藤 浩昭
109	独立行政法人国立病院機構 水戸医療センター	吉沢 和朗
1008	(株)日立製作所 ひたちなか総合病院	山内 孝義
111	(株)日立製作所 日立総合病院	平井 信二
栃木		
106	済生会宇都宮病院	増田 義洋
456	JAかみづが厚生連 上都賀総合病院	吉住 博明
107	足利赤十字病院	五十棲 一男

施設コード	施設名	教育責任者
762	JA佐野厚生連 佐野厚生総合病院	渡辺 慎太郎
群馬		
780	医療法人社団日高会 日高病院	下村 洋之助
104	独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター	佐藤 正通
105	前橋赤十字病院	滝瀬 淳
435	伊勢崎市民病院	小林 裕幸
437	公立藤岡総合病院	塚田 義人
439	利根中央病院	吉見 誠至
埼玉		
125	独立行政法人地域医療機能推進機構 埼玉メディカルセンター	栗原 一浩
930	埼玉県済生会 川口総合病院	窪田 研二
126	医療生協さいたま 埼玉協同病院	小野未来代
746	戸田中央総合病院	原田 容治
447	さいたま市立病院	小山 卓史
124	さいたま赤十字病院	甲嶋 洋平
454	みさと健和病院	駒形 浩史
453	社会医療法人財団石心会 埼玉石心会病院	村田 健
123	独立行政法人国立病院機構 埼玉病院	鈴木 雅裕
446	上尾中央総合病院	土屋 昭彦
千葉		
462	独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター	杉浦 信之
941	千葉県がんセンター	傳田 忠道
891	新松戸中央総合病院	中村 司
743	東京勤労者医療会 東葛病院	本間 章
793	千葉西総合病院	三角 和雄
118	国保松戸市立病院	海辺 剛志
116	東京歯科大学市川総合病院	寺嶋 毅
460	国立国際医療研究センター 国府台病院	柳 一秀勝
870	船橋市立医療センター	岩岡 秀明
122	船橋二和病院	松隈 英樹
1074	小張総合病院	二宮 浩樹
1245	東京ベイ・浦安市川医療センター	平岡 栄治
121	成田赤十字病院	青墳 信之
114	総合病院国保旭中央病院	斉藤 陽久
120	独立行政法人労働者健康安全機構 千葉労災病院	國友 史雄
119	鉄蕉会亀田総合病院	小原 まみ子
東京		
158	三井記念病院	中島 啓喜
137	東京通信病院	橋本 直明
140	国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院	奥坂 拓志
130	聖路加国際病院	有岡 宏子
128	国家公務員共済組合連合会 虎の門病院	竹内 靖博
142	東京都済生会中央病院	塚田 信廣
163	学校法人北里研究所 北里大学北里研究所病院	飯ヶ谷 美峰
145	永寿総合病院	白井 俊孝
148	東京総合駒込病院	神澤 輝美
478	東京北医療センター	梅屋 崇
147	東京都立墨東病院	藤ヶ崎 浩人
150	同愛記念病院	櫛方 美文
942	日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院	山田 俊夫
141	NTT 東日本関東病院	松橋 信行
476	城南医療福祉協会 大田病院	千田 宏司
161	独立行政法人労働者健康安全機構 東京労災病院	児島 辰也
165	大森赤十字病院	後藤 亨
818	(公財)東京都保健医療公社 荏原病院	大西 健児
152	東京都立広尾病院	市岡 正彦
138	日本赤十字社医療センター	中田 良
143	JR東京総合病院	杉本 耕一
129	独立行政法人国立病院機構 東京医療センター	矢野 尊啓
771	国家公務員共済組合連合会 三宿病院	増岡 和宏

この一覧は2016年11月22日現在のものです。

施設によっては教育責任者が変更していることもありますので、国会HP（「認定医制度」→「研修関連」→「認定教育施設一覧（詳細）」）もご覧ください。

▶教育病院・教育特殊施設一覧

施設コード	施設名	教育責任者
132	自衛隊中央病院	久保田孝雄
133	公立学校共済組合 関東中央病院	高見 和孝
850	(公財) 東京都保健医療公社 大久保病院	若井 幸子
136	独立行政法人地域医療機能推進機構 東京新宿メディカルセンター	関根 信夫
131	国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院	村岡 亮
144	東京警察病院	丸茂 一義
149	新渡戸記念 中野総合病院	山根 道雄
159	河北総合病院	尾形 逸郎
153	独立行政法人地域医療機能推進機構 東京山手メディカルセンター	高添 正和
157	東京都立大塚病院	壇 直彰
139	(公財) 東京都保健医療公社 豊島病院	畑 明宏
351	東京都健康長寿医療センター	荒木 厚
480	板橋中央総合病院	塚本 雄介
151	武蔵野赤十字病院	宮本 貴庸
154	東京都立多摩総合医療センター	西尾 康英
155	公立昭和病院	川口 淳
735	独立行政法人国立病院機構 災害医療センター	竹迫 直樹
146	国家公務員共済組合連合会 立川病院	太田 晃一
164	社会医療法人社団健生会 立川相互病院	山田 秀樹
156	青梅市立総合病院	大友 建一郎
465	独立行政法人国立病院機構 東京病院	赤川志のぶ
350	公益財団法人がん研究会 有明病院	高橋 俊二
352	社会福祉法人浴風会 浴風会病院	八田 美鳥
922	(財) 日本心臓血管研究振興会附属 榊原記念病院	梅村 純
354	東京都立神経病院	磯崎 英治
353	公益財団法人東京都保健医療公社 多摩北部医療センター	秋山 秀樹
神 奈 川		
169	川崎市立川崎病院	岡野 裕
902	川崎医療生活協同組合 川崎協同病院	田中 久善
167	医療法人社団こうかん会 日本鋼管病院	宮尾 直樹
172	川崎市立井田病院	麻薙 美香
173	独立行政法人労働者健康安全機構 関東労災病院	丹羽 一貴
168	けいゆう病院	永見 圭一
754	独立行政法人労働者健康安全機構 横浜労災病院	大村 昌夫
166	独立行政法人国立病院機構 相模原病院	粒 来 崇博
485	済生会横浜市東部病院	比嘉眞理子
486	横浜市立みなと赤十字病院	萩山 裕之
180	済生会横浜市南部病院	川名 一朗
178	国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院	西崎 光弘
953	神奈川県立循環器呼吸器病センター	小倉 高志
175	国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院	豊田 茂雄
489	横須賀市立うわまち病院	沼田 裕一
182	横須賀市立市民病院	小松 和人
170	横浜州市立市民病院	小松 弘一
876	海老名総合病院	渡辺 茂樹
492	国際親善総合病院	有馬 瑞浩
493	独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター	岩出 和徳
179	医療法人沖縄徳洲会 湘南鎌倉総合病院	小林 修三
181	国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院	道下 一朗
183	小田原市立病院	川口 竹男
176	医療法人徳洲会 湘南藤沢徳洲会病院	松井 圭司
174	藤沢市市民病院	常田 康夫
912	茅ヶ崎市立病院	佐藤 忍
171	平塚市市民病院	今福 俊夫
184	国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院	梅澤 滋男
355	神奈川県立病院機構 神奈川県立がんセンター	大川 伸一
山 梨		
494	甲府共立病院	大畑 和義
新 潟		
191	長岡赤十字病院	佐藤 和弘
495	立川総合病院	岡部 正明
192	新潟県厚生連 長岡中央総合病院	八幡 和明
190	新潟県立中央病院	永井 孝一

施設コード	施設名	教育責任者
188	新潟市民病院	小田 弘隆
187	新潟県立がんセンター新潟病院	張 高明
496	新潟県立新発田病院	田辺 恭彦
長 野		
514	長野医療生活協同組合 長野中央病院	近藤 照貴
508	長野赤十字病院	和田 秀一
993	長野市市民病院	吉池 文明
197	JA長野厚生連 北信総合病院	田尻 和男
510	JA長野厚生連 小諸厚生総合病院	露崎 淳
193	JA長野厚生連 佐久総合病院 佐久医療センター	木村 哲郎
509	国立病院機構 信州上田医療センター	田中 征雄
507	JA長野厚生連 篠ノ井総合病院	松尾 明美
894	社会医療法人財団慈泉会 相澤病院	橋本 隆男
515	諏訪中央病院	谷内 法秀
194	諏訪赤十字病院	武川 建二
岐 阜		
228	岐阜市市民病院	加藤 則廣
556	地方独立行政法人 岐阜県総合医療センター	杉原 潤一
1005	河村病院	中島 弘幸
784	松波総合病院	村山 正憲
227	大垣市市民病院	鈴木 賢司
560	公立学校共済組合 東海中央病院	松井 春雄
226	地方独立行政法人 岐阜県立多治見病院	近藤 泰三
229	土岐市立総合病院	村山 慎一郎
静 岡		
528	沼津市立病院	伊藤 浩嗣
962	国際医療福祉大学熱海病院	重政 朝彦
523	富士市立中央病院	笠井 健司
527	富士宮市立病院	米村 克彦
198	静岡赤十字病院	小張 昌宏
199	静岡県立病院機構 静岡県立総合病院	袴田 康弘
200	静岡市立静岡病院	小野寺知哉
205	静岡済生会総合病院	戸川 証
207	静岡市立清水病院	吉富 淳
522	焼津市立総合病院	酒井 直樹
524	藤枝市立総合病院	丸山 保彦
203	市立島田市市民病院	谷尾 仁志
521	JA静岡厚生連 遠州病院	伊藤 歩
529	聖隷浜松病院	岡 俊明
204	浜松医療センター	矢野 邦夫
526	聖隷三方原病院	志智 大介
206	中東遠総合医療センター	若井 正一
525	磐田市立総合病院	寺田 雅彦
愛 知		
825	社会医療法人明陽会 成田記念病院	溝口 直人
538	豊橋市市民病院	杉浦 勇
541	豊川市市民病院	継 泰城
222	岡崎市市民病院	小林 靖
209	JA愛知厚生連 安城更生病院	小野 芳孝
225	碧南市市民病院	杉浦 誠治
219	刈谷豊田総合病院	濱島 英司
211	名鉄病院	西尾 雄司
213	名古屋第一赤十字病院	真野 和夫
215	名古屋掖済会病院	山本 雅史
217	独立行政法人労働者健康安全機構 中部労災病院	丸井 伸行
223	みなと医療生活協同組合 協立総合病院	小西 淳一
212	独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院	坪井 直哉
536	宏潤会 大同病院	西尾 昌之
224	総合病院 南生協病院	長江 浩幸
210	独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター	奥田 聡
535	名古屋市立東部医療センター	川合 孝
220	名古屋第二赤十字病院	野口 善令
221	名古屋記念病院	伊奈 研次

▶教育病院・教育特殊施設一覧

施設コード	施設名	教育責任者
216	JA愛知厚生連 豊田厚生病院	篠田 政典
548	トヨタ記念病院	石木 良治
542	半田市立半田病院	榊原 雅樹
540	JA愛知厚生連 江南厚生病院	斉藤 二三夫
544	小牧市民病院	川口 克廣
549	春日井市民病院	渡邊 有三
915	名古屋徳洲会総合病院	亀谷 良介
214	公立陶生病院	浅野 博
551	総合大雄会病院	永島 寿彦
543	一宮市立市民病院	伊藤 宏樹
550	JA愛知厚生連 海南病院	奥村 明彦
三 重		
236	地方独立行政法人 三重県立総合医療センター	高瀬 幸次郎
230	市立四日市病院	一宮 恵
242	桑名東医療センター	大久保 節也
231	JA三重厚生連 鈴鹿中央総合病院	森 拓也
241	松阪市民病院	大岩 道明
239	済生会松阪総合病院	上村 泰弘
232	JA三重厚生連 松阪中央総合病院	野口 光也
235	市立伊勢総合病院	江見 吉晴
234	伊勢赤十字病院	谷川 元昭
富 山		
570	富山赤十字病院	平岩 善雄
247	富山県立中央病院	川端 雅彦
571	高岡市民病院	渡辺 彰
248	黒部市民病院	竹田 慎一
740	市立砺波総合病院	河合 博志
574	富山市立富山市民病院	樋上 義伸
石 川		
245	石川県立中央病院	岡田 俊英
787	（社）石川勤労者医療協会 城北病院	大野 健次
246	独立行政法人国立病院機構 金沢医療センター	新田 永俊
587	公立能登総合病院	柿木 嘉平太
福 井		
243	福井県立病院	若杉 隆伸
801	市立敦賀病院	米島 学
244	福井赤十字病院	神谷 健一
578	福井県済生会病院	岡藤 和博
滋 賀		
251	大津赤十字病院	岡本 元純
592	滋賀県立成人病センター	水田 和彦
764	市立長浜病院	亀崎 洋
奈 良		
589	奈良県総合医療センター	竹澤 祐一
249	天理よろづ相談所病院	八田 和夫
和 歌 山		
250	日本赤十字社和歌山医療センター	山下 幸孝
590	紀南病院	藤本 特三
京 都		
610	健康会 新京都南病院	新谷 泰久
604	医療法人医仁会 武田総合病院	池上 裕美子
256	京都第二赤十字病院	小林 裕
609	公益社団法人京都保健会 京都民医連中央病院	井上 賀元
252	京都市立病院	吉波 尚美
254	京都第一赤十字病院	福田 亙
603	洛和会音羽病院	酒見 英太
253	独立行政法人国立病院機構 京都医療センター	島津 章
602	京都社会事業財団 京都桂病院	西村 尚志
255	公立南丹病院	辰巳 哲也

施設コード	施設名	教育責任者
大 阪		
257	一般財団法人 住友病院	宇高 不可思
272	大阪府済生会 中津病院	長谷川 吉則
263	田附興風会 北野病院	猪子 森明
271	淀川キリスト教病院	紙森 隆雄
619	大阪市立総合医療センター	川崎 靖子
258	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立成人病センター	向井 幹夫
261	独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター	三田 英治
275	国家公務員共済組合連合会 大手前病院	三井 秀紀
625	大阪警察病院	小牟田 清
262	大阪赤十字病院	隠岐 尚吾
273	NTT西日本大阪病院	緒方 篤
276	JR大阪鉄道病院	伊藤 正
266	公益財団法人日本生命済生会附属 日生病院	立花 功
264	関西電力病院	中村 武史
259	独立行政法人地域医療機能推進機構 大阪病院	横山 建二
749	社会医療法人愛仁会 千船病院	金 鐘一
265	大阪府立病院機構 大阪府立急性期・総合医療センター	谷尾 吉郎
723	独立行政法人国立病院機構 刀根山病院	森 雅秀
616	市立豊中病院	嶺尾 郁夫
268	箕面市立病院	田村 信司
615	市立池田病院	芥川 茂
613	大阪府済生会 吹田病院	長 澄人
614	地方独立行政法人 市立吹田市民病院	内藤 雅文
628	大阪府済生会 千里病院	鈴木 都男
270	国立研究開発法人 国立循環器病研究センター	安齊 俊久
620	高槻赤十字病院	北 英夫
277	社会医療法人愛仁会 高槻病院	富永 洋一
267	松下記念病院	小山田 裕一
630	東大阪市立総合病院	中 隆
751	八尾徳洲会総合病院	福田 貢
874	大阪府済生会 富田林病院	窪田 剛
269	独立行政法人国立病院機構 大阪南医療センター	佐伯 行彦
260	独立行政法人労働者健康安全機構 大阪労災病院	山内 淳
618	堺市立総合医療センター	松浦 基夫
967	社会医療法人生長会 府中病院	土細 工利夫
634	市立岸和田市民病院	松田 光雄
636	岸和田徳洲会病院	佐土 原道人
829	地方独立行政法人りんくう総合医療センター	山下 静也
356	独立行政法人国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター	橘 和延
兵 庫		
280	神戸市立医療センター 中央市民病院	富井 啓介
282	独立行政法人労働者健康安全機構 神戸労災病院	井上 信孝
279	神鋼記念病院	岩橋 正典
639	神戸赤十字病院	藤井 正俊
285	独立行政法人地域医療機能推進機構 神戸中央病院	小別 所 博
819	神戸市地域医療振興財団 西神戸医療センター	永澤 浩志
824	医療法人川崎病院	中村 正
820	医療法人社団顕鐘会 神戸百年記念病院	末松 正邦
284	三菱神戸病院	佐々木 順子
654	神戸市立医療センター 西市民病院	山下 幸政
291	独立行政法人国立病院機構 神戸医療センター	三輪 陽一
283	兵庫県立淡路医療センター	金 秀植
297	一般財団法人甲南会 甲南病院	谷 聡
290	独立行政法人労働者健康安全機構 関西労災病院	荻原 秀紀
281	兵庫県立尼崎総合医療センター	竹岡 浩也
289	兵庫県立西宮病院	檜原 啓之
647	明和病院	岸 清彦
292	公立学校共済組合 近畿中央病院	上道 知之
296	市立伊丹病院	徳嶺 進洋

この一覧は2016年11月22日現在のものです。

施設によっては教育責任者が変更していることもありますので、本会HP（「認定医制度」→「研修関連」→「認定教育施設一覧（詳細）」）もご覧ください。

▶教育病院・教育特殊施設一覧

施設コード	施設名	教育責任者
652	市立川西病院	野崎 秀一
852	公立豊岡病院組合立 豊岡病院	松島 一士
286	独立行政法人国立病院機構 姫路医療センター	中原 保治
653	姫路赤十字病院	奥新 浩晃
295	明石医療センター	坂本 丞
298	市立加西病院	山谷 利幸
640	兵庫県立加古川医療センター	伊 聖哲
287	地方独立行政法人加古川市民病院機構 加古川中央市民病院	大西 祥男
299	西脇市立西脇病院	岩井 正秀
鳥 取		
※現在、教育病院は鳥取大学医学部附属病院のみです。 教育関連病院については25頁をご参照ください。		
島 根		
888	松江生協病院	眞木 高之
314	島根県立中央病院	伊東 康男
岡 山		
302	岡山済生会総合病院	塩出 純二
755	岡山市立市民病院	狩山 和也
300	岡山赤十字病院	岡崎 守宏
301	独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター	佐藤 利雄
656	独立行政法人労働者健康安全機構 岡山労災病院	矢野 朋文
741	岡山医療生活協同組合総合病院 岡山協立病院	角南 和治
303	公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院	山本 博
657	倉敷医療生活協同組合総合病院 水島協同病院	里見 和彦
広 島		
808	公立学校共済組合 中国中央病院	張田 信吾
924	福山市民病院	植木 亨
831	JA広島厚生連 尾道総合病院	日野 文明
309	地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立広島市民病院	荒木 康之
307	広島赤十字・原爆病院	加世田俊一
308	地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立安佐市民病院	加藤 雅也
305	広島県立広島病院	隅岡 正昭
783	マツダ病院	住居晃太郎
306	独立行政法人国立病院機構 呉医療センター	中野喜久雄
659	独立行政法人労働者健康安全機構 中国労災病院	本藤 達也
304	国家公務員共済組合連合会 呉共済病院	塩田雄太郎
899	独立行政法人国立病院機構 東広島医療センター	村上 功
山 口		
311	独立行政法人国立病院機構 岩国医療センター	牧野 泰裕
310	山口県立総合医療センター	井上 康
徳 島		
315	徳島県立中央病院	矢野 充保
672	地方独立行政法人 徳島県鳴門病院	堀内 宣昭
675	徳島赤十字病院	後藤 哲也
香 川		
689	高松赤十字病院	大西 宏明
797	国家公務員共済組合連合会 高松病院	森 由弘
687	高松市民病院	岸本 伸人
318	香川県立中央病院	高口 浩一
686	独立行政法人労働者健康安全機構 香川労災病院	丸川 将臣
688	三豊総合病院	安東 正晴
愛 媛		
317	愛媛県立中央病院	西村 誠明
678	松山市民病院	水上 祐治
316	松山赤十字病院	藤崎 智明
685	住友別子病院	鈴木 誠祐
684	市立宇和島病院	金子 政彦
高 知		
920	独立行政法人国立病院機構 高知病院	大串 文隆
775	社会医療法人近森会 近森病院	川井 和哉
319	高知医療センター	島田 安博
福 岡		
904	北九州総合病院	高水間亮治

施設コード	施設名	教育責任者
331	北九州市立医療センター	大野 裕樹
695	小倉記念病院	米澤 昭仁
330	健和会大手町病院	築島 直紀
326	社会医療法人 製鉄記念八幡病院	古賀 徳之
321	独立行政法人地域医療機能推進機構 九州病院	山本 英雄
875	福岡県済生会 福岡総合病院	落合 利彰
320	国家公務員共済組合連合会 浜の町病院	三ツ木 健二
322	独立行政法人国立病院機構 九州医療センター	末松 栄一
972	独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター	片渕 律子
698	公益社団法人福岡医療団総合病院 千鳥橋病院	山本 一視
323	福岡赤十字病院	青柳 邦彦
327	福岡徳洲会病院	松本 修一
329	飯塚病院	中村 権一
333	社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院	東 治道
佐 賀		
334	地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館	権藤 久司
701	唐津赤十字病院	茨木 一夫
長 崎		
337	日本赤十字社 長崎原爆病院	上田 康雄
336	独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター	江崎 宏典
710	白十字会 佐世保中央病院	植木 幸孝
338	佐世保市総合医療センター	早田 宏
熊 本		
343	独立行政法人国立病院機構 熊本医療センター	富田 正郎
940	済生会 熊本病院	一門 和哉
715	熊本赤十字病院	上木 原宗一
341	国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院	有 蘭 健二
340	熊本市立熊本市市民病院	津田 弘之
342	独立行政法人労働者健康安全機構 熊本労災病院	伊藤 清隆
大 分		
※現在、教育病院は大分大学医学部附属病院のみです。 教育関連病院については26頁をご参照ください。		
宮 崎		
344	宮崎県立宮崎病院	姫路 大輔
848	宮崎県立延岡病院	山口 哲朗
鹿 児 島		
718	鹿児島医療生活協同組合総合病院 鹿児島生協病院	馬渡 耕史
沖 縄		
817	沖縄医療生活協同組合 沖縄協同病院	横矢 隆宏
1003	豊見城中央病院	松本 強
976	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	岸本 信三
905	仁愛会 浦添総合病院	石川 和夫
830	社会医療法人かりゆし会 ハートライフ病院	佐久川 廣
925	那覇市立病院	田端 一彦
810	社会医療法人敬愛会 中頭病院	下地 勉
346	沖縄県立中部病院	平田 一仁

▶ 教育関連病院・教育関連特殊施設一覧

施設コード	施設名	教育責任者
北海道		
366	社会医療法人北楡会 札幌北楡病院	今井 陽 俊
364	公益社団法人北海道勤労者医療協会 勤医協札幌病院	佐藤 健 太
81	独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター	高橋 康 雄
363	独立行政法人地域医療機能推進機構 札幌北辰病院	吉田 純 一
789	社会福祉法人函館厚生院 函館中央病院	渡辺 豊
378	独立行政法人国立病院機構 函館病院	米澤 一 也
1219	済生会小樽病院	松谷 学
391	北海道社会事業協会小樽病院 小樽協会病院	柿木 滋 夫
372	小樽市立病院	近藤 吉 宏
390	社会医療法人 製鉄記念室蘭病院	前田 征 洋
381	社会医療法人母恋 日鋼記念病院	横山 和 典
946	総合病院伊達赤十字病院	松岡 健
384	王子総合病院	大岩 均
387	苫小牧市立病院	浄土 智
84	国家公務員共済組合連合会 斗南病院	近藤 仁
388	JR札幌病院	渡邊 正 夫
368	NTT東日本札幌病院	吉岡 成 人
1055	北農会 恵み野病院	森合 哲 也
1164	社会医療法人康和会 札幌しらかば台病院	足立 靖
361	独立行政法人地域医療機能推進機構 北海道病院	古家 乾
392	独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター	加藤 雅 彦
1199	札幌山の上病院	上杉 春 雄
1231	イムス札幌消化器中央総合病院	丹野 誠 志
1243	北海道循環器病院	堀田 大 介
1006	北海道消化器科病院	堀田 彰 一
1095	社会医療法人母恋 天使病院	辻崎 正 幸
1056	市立千歳市民病院	池田 大 輔
385	岩見沢市立総合病院	鈴木 草 彦
370	旭川赤十字病院	吉田 一 人
371	独立行政法人国立病院機構 旭川医療センター	西村 英 夫
866	滝川市立病院	堤 明 人
1201	社会福祉法人北海道社会事業協会 富良野病院	名取 俊 介
926	留萌市立病院	村松 博 士
1175	公益財団法人北海道医療団 帯広第一病院	酒井 俊
386	北海道社会事業協会 帯広病院	石本 朗
1110	社会医療法人北斗 北斗病院	金藤 公 人
375	市立釧路総合病院	阿部 敬
373	釧路赤十字病院	古川 真
374	独立行政法人労働者健康安全機構 釧路労災病院	宮城 島 拓 人
1277	市立根室病院	東浦 勝 浩
382	北見赤十字病院	吉田 茂 夫
1128	JA北海道厚生連 網走厚生病院	藤永 明
1023	名寄市立総合病院	酒井 博 司
1200	市立稚内病院	國枝 保 幸
1111	JA北海道厚生連 遠軽厚生病院	本田 肇
347	独立行政法人労働者健康安全機構 北海道中央労災病院	酒井 寛 人
青 森		
397	青森市民病院	森 康 宏
1071	あおもり協立病院	横田 祐 介
393	独立行政法人労働者健康安全機構 青森労災病院	玉澤 直 樹
1112	三沢市立三沢病院	坂田 優
1278	十和田市立中央病院	工藤 優
1054	黒石市国民健康保険 黒石病院	相馬 悌
396	弘前市立病院	東野 博
399	津軽保健生活協同組合 健生病院	安田 肇
398	独立行政法人国立病院機構 弘前病院	中川 英 之
1220	つがる西北五広域連合 つがる総合病院	藤本 幸 士
1138	八戸赤十字病院	山形 宗 久

施設コード	施設名	教育責任者
岩 手		
1232	盛岡医療生活協同組合 川久保病院	尾形 文 智
401	岩手県立磐井病院	中村 紳
885	岩手県立中部病院	菅根 克 明
799	岩手県立宮古病院	村上 晶 彦
928	岩手県立二戸病院	高橋 浩
1024	岩手県立久慈病院	柴田 俊 秀
秋 田		
408	市立秋田総合病院	中川 正 康
409	秋田厚生医療センター	齊藤 崇
1025	市立横手病院	船岡 正 人
407	JA秋田厚生連 大曲厚生医療センター	仁村 隆
867	本荘第一病院	鈴木 泰
1139	能代厚生医療センター	波多野 善 明
811	大館市立総合病院	小笠原 仁
山 形		
1296	至誠堂総合病院	高橋 敬 治
1007	済生会山形済生病院	本田 耕 一
412	(財)三友堂病院	池田 英 樹
415	米沢市立病院	平 カヤノ
413	山形県立新庄病院	八戸 茂 美
414	鶴岡市立荘内病院	小池 千 里
417	山形県立河北病院	太田 郁 郎
813	北村山公立病院	佐伯 和 則
宮 城		
908	国家公務員共済組合連合会 東北公済病院	山岸 俊 夫
419	JR仙台病院	佐野 直 樹
1176	宮城県立がんセンター	小野寺 博 義
423	仙台循環器病センター	内田 達 郎
1057	仙台徳洲会病院	福澤 正 光
418	独立行政法人地域医療機能推進機構 仙台病院	田熊 淑 男
1027	仙台赤十字病院	菅野 厚
868	(公財)仙台市医療センター 仙台オープン病院	須田 祐 司
426	東北医科薬科大学病院	海老名 雅 仁
1058	東北医科薬科大学 若林病院	高橋 識 至
1141	石巻市立病院	赤井 健 次 郎
1292	登米市立登米市民病院	伊妻 壮 晃
1113	栗原市立栗原中央病院	佐藤 修 一
421	気仙沼市立病院	星 達 也
948	みやぎ県南中核病院企業団 みやぎ県南中核病院	井上 寛 一
1297	総合南東北病院	密岡 幹 夫
福 島		
827	医療生協わたり病院	渡部 朋 幸
1114	福島赤十字病院	宮田 昌 之
427	福島県厚生連 白河厚生総合病院	岡本 裕 正
428	星総合病院	清野 義 胤
1028	一般財団法人脳神経疾患研究所附属 総合南東北病院	小野 正 博
869	寿泉堂総合病院	鴻野 浩
431	一般財団法人温知会 会津中央病院	岩尾 年 康
1143	公立藤田総合病院	近藤 祐 一 郎
103	独立行政法人労働者健康安全機構 福島労災病院	鈴木 智 浩
1279	南相馬市立総合病院	鈴木 史 雄
茨 城		
1257	社会医療法人若竹会 つくばセントラル病院	石津 隆
1009	筑波記念病院	長澤 俊 郎
110	独立行政法人国立病院機構 霞ヶ浦医療センター	石井 幸 雄
1097	龍ヶ崎済生会病院	海老原 次 男
1098	筑波学園病院	船山 康 則
442	筑波メディカルセンター病院	野口 祐 一
1202	茨城西南医療センター病院	飯塚 正

この一覧は2016年11月22日現在のものです。

施設によっては教育責任者が変更していることもありますので、本会HP(「認定医制度」→「研修関連」→「認定教育施設一覧(詳細)」)もご覧ください。

▶教育関連病院・教育関連特殊施設一覧

施設コード	施設名	教育責任者
445	水戸赤十字病院	小原 克之
726	水戸済生会総合病院	大平 晃司
栃 木		
108	独立行政法人国立病院機構 栃木医療センター	上原 慶太
1321	獨協医科大学日光医療センター	原澤 寛
1144	芳賀赤十字病院	河又 典文
1298	新小山市民病院	島田 和幸
455	那須赤十字病院	阿久津郁夫
1029	独立行政法人国立病院機構 宇都宮病院	沼尾 利郎
1280	国際医療福祉大学 塩谷病院	梅田 啓
1010	国際医療福祉大学病院	大竹 孝明
457	一般財団法人とちぎメディカルセンター ときぎメディカルセンターしもつが	中村 理
792	栃木県立がんセンター	和泉 透
群 馬		
440	公立富岡総合病院	永井 隆
909	群馬県立心臓血管センター	外山 卓二
835	独立行政法人地域医療機能推進機構 群馬中央病院	北原 陽之助
436	群馬県済生会前橋病院	吉永 輝夫
1269	公益財団法人老年病研究所附属病院	高玉 真光
770	群馬県立がんセンター	湊 浩一
434	富士重工工業健康保険組合 太田記念病院	安齊 均
432	館林厚生病院	新井 昌史
1293	医療法人社団三思会 くすの木病院	高木 均
433	桐生厚生総合病院	丸田 栄
1244	北関東循環器病院	高山 嘉朗
438	独立行政法人国立病院機構 渋川医療センター	斉藤 龍生
791	原町赤十字病院	竹澤 二郎
761	独立行政法人国立病院機構 沼田病院	根岸 哲夫
441	医療法人社団三思会 東邦病院	植木 嘉衛
埼 玉		
1206	さいたま市民医療センター	石田 岳史
1059	彩の国東大宮メディカルセンター	神田 大輔
804	川口市立医療センター	荒木 俊彦
448	草加市立病院	矢内 常人
1116	三郷中央総合病院	大澤 秀文
452	越谷市立病院	家永 浩樹
1030	秀和総合病院	桑原 道雄
1072	春日部中央総合病院	中条 紀孝
745	春日部市立医療センター	有馬 健
1255	一般社団法人巨樹の会 新久喜総合病院	種本 雅之
849	羽生総合病院	杉山 達夫
931	独立行政法人国立病院機構 東埼玉病院	堀場 昌英
910	関越病院	田中 政彦
1118	朝霞台中央総合病院	吉野 守彦
1004	新座志木中央総合病院	松浦 直孝
127	独立行政法人国立病院機構 西埼玉中央病院	成宮 學
1294	埼玉県立循環器・呼吸器病センター	鍵山 奈保
1129	医療法人 熊谷総合病院	斎藤 雅彦
449	埼玉県立がんセンター	柵木 信男
451	北里大学メディカルセンター	廣瀬 隆一
450	深谷赤十字病院	泉 知之
1295	秩父市立病院	勅使河原正敏
千 葉		
458	千葉メディカルセンター	瀧沢 史佳
812	千葉市立青葉病院	山本 恭平
461	独立行政法人地域医療機能推進機構 千葉病院	河野 行儀
985	独立行政法人国立病院機構 千葉東病院	西村 元伸
1073	千葉市立海浜病院	北 和彦
1031	千葉県救急医療センター	酒井 芳昭
1060	千葉県勤労者医療協会 千葉健生病院	土田 弘基
1177	医療法人社団誠馨会 千葉中央メディカルセンター	須永 雅彦
986	医療法人社団誠馨会 新東京病院	北村 英之
1166	社会医療法人社団木下会 鎌ヶ谷総合病院	西森 健雄

施設コード	施設名	教育責任者
1282	船橋総合病院	星野 将隆
117	独立行政法人地域医療機能推進機構 船橋中央病院	加藤 佳瑞紀
1281	セコメディック病院	土屋 良成
744	千葉徳洲会病院	浅原 新吾
1312	津田沼中央総合病院	須田 明
1011	千葉県済生会 習志野病院	藤原 敏正
1204	柏市立柏病院	酒井 英樹
1221	柏厚生総合病院	山吹 啓介
756	国立研究開発法人 国立がん研究センター東病院	塚崎 邦弘
1322	東千葉メディカルセンター	佐野 剛一
115	聖隷佐倉市民病院	藤井 隆之
1147	千葉県立佐原病院	小林 進
758	千葉県循環器病センター	宮崎 彰
464	国保直営総合病院 君津中央病院	駒 嘉宏
1205	安房地域医療センター	西野 洋
東 京		
470	公益社団法人東京都教職員互助会 三楽病院	諸星 政治
483	国家公務員共済組合連合会 九段坂病院	白井 隆則
479	国際医療福祉大学三田病院	佐藤 敦久
950	独立行政法人地域医療機能推進機構 東京高輪病院	前川 久登
727	東京保健生活協同組合 東京健生病院	木村 佳苗
472	医療法人社団大坪会 東都文京病院	常吉 秀男
1223	医療法人財団明理会 明理会中央総合病院	金丸 肇雄
987	特定医療法人大坪会 東和病院	飯沼 宏之
1234	西新井病院	齊藤 克己
162	博慈会記念総合病院	岡田 憲明
1034	医療法人社団明芳会 新葛飾病院	渡辺 健
728	(財)東京都保健医療公社 東部地域病院	鈴木 聡子
988	江戸川病院	伊藤 裕之
1178	社会福祉法人あそか会 あそか病院	野津 史彦
1313	独立行政法人地域医療機能推進機構 東京城東病院	竹本 文美
468	社会医療法人社団順江会 江東病院	河西 利昭
475	東芝病院	鈴木 謙
1061	社会医療法人財団仁医会 牧田総合病院	渡辺 誠
1033	独立行政法人地域医療機能推進機構 東京蒲田医療センター	石井 耕司
1032	医療法人社団松和会 池上総合病院	白井 和胤
160	全国土建業国民健康保険組合総合病院 厚生中央病院	櫻井 道雄
466	国家公務員共済組合連合会 東京共済病院	高際 淳
989	東京都立松沢病院	榎山 鉄矢
1179	一般社団法人至誠会第二病院	宮崎 一秀
469	公益財団法人 日産厚生会玉川病院	長 晃平
1323	医療法人財団 健責会 総合東京病院	菅原 崇
134	立正佼成会附属佼成病院	高橋 信一
1224	医療法人財団 荻窪病院	遠田 賢治
1075	公益財団法人東京都医療保健協会 練馬総合病院	柳川 達生
1311	大泉生協病院	前川 薫
1246	地域医療振興協会 練馬光が丘病院	藤原 直樹
1299	医療法人財団 野村病院	野村 幸史
951	日野市立病院	村上 円人
952	町田市民病院	金崎 章
990	公立阿伎留医療センター	榎田 光夫
481	公立福生病院	妻神 重彦
779	(財)結核予防会 複十字病院	奥村 昌夫
821	(財)東京都保健医療公社 多摩南部地域病院	橘 俊一
978	稲城市立病院	橘 須 悟
1207	社会医療法人財団大和会 東大和病院	角田 尚幸
772	公益財団法人 心臓血管研究所附属病院	矢嶋 純二
945	国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター病院	高橋 祐二
神 奈 川		
491	社会医療法人財団石心会 川崎幸病院	宇田 晋
1270	新百合ヶ丘総合病院	広石 和正
1235	済生会 神奈川県病院	原 一
794	菊名記念病院	西元 史哉

▶ 教育関連病院・教育関連特殊施設一覧

施設コード	施設名	教育責任者
1208	医療法人社団緑成会 横浜総合病院	山家 謙
1310	長津田厚生総合病院	戸田 憲孝
979	公益財団法人横浜勤労者福祉協会 汐田総合病院	鈴木 義夫
954	独立行政法人地域医療機能推進機構 横浜中央病院	大岩 功治
1180	横浜市立脳卒中・神経脊椎センター	山本 正博
878	神奈川県立汐見台病院	岡田 秀雄
1283	自衛隊横須賀病院	北垣 学
958	聖ヨゼフ病院	伊藤 彦
828	総合病院衣笠病院	南 信明
1012	聖隷横浜病院	吹田 洋将
490	独立行政法人地域医療機能推進機構 横浜保土ヶ谷中央病院	川井 孝子
991	横浜旭中央総合病院	川瀬 譲
487	大和市立病院	松本 裕
1254	湘南厚木病院	中山 剛
1036	社会医療法人社団三思会 東名厚木病院	中野 敦史
185	厚木市立病院	佐々木知也
1035	医療法人財団明理会 東戸塚記念病院	小倉 祥之
1148	社会医療法人財団互恵会 大船中央病院	須藤 博
1300	独立行政法人地域医療機能推進機構 相模野病院	今崎 貴生
1324	東芝林間病院	福田 直人
1119	藤沢湘南台病院	荒川 健太郎
956	神奈川県厚生連 相模原協同病院	鎌田 智彦
957	湘南東部総合病院	平野 克治
1099	秦野赤十字病院	大林 由明
992	神奈川県立病院機構 神奈川県立足柄上病院	加藤 佳央
836	神奈川県厚生連 伊勢原協同病院	大野 隆
山 梨		
1120	市立甲府病院	新藤 英夫
186	山梨県立中央病院	神宮寺 禎巳
1284	富士吉田市立病院	高橋 正一郎
新 潟		
1013	新潟県厚生連 糸魚川総合病院	樋口 清博
498	独立行政法人労働者健康安全機構 新潟労災病院	前川 智
893	新潟県厚生連 上越総合病院	籠島 充
736	新潟県厚生連 柏崎総合医療センター	藤原 正博
960	独立行政法人国立病院機構 新潟病院	小澤 哲夫
737	新潟医療生活協同組合 木戸病院	山口 利夫
505	済生会新潟第二病院	吉田 俊明
502	新潟白根総合病院	大矢 実
504	新潟県厚生連 新潟医療センター	吉澤 弘久
959	独立行政法人国立病院機構 西新潟中央病院	小池 亮子
189	新潟市社会事業協会 信楽園病院	松原 琢
739	恒仁会新潟南病院	大西 昌之
1194	社会医療法人新潟臨港保健会 新潟臨港病院	大澤 豊
499	新潟県厚生連 佐渡総合病院	鈴木 啓介
961	社会医療法人新潟勤労者医療協会 下越病院	山川 良一
1076	新潟県厚生連 村上総合病院	長 賢治
738	独立行政法人労働者健康安全機構 燕労災病院	小方 則夫
長 野		
195	独立行政法人国立病院機構 まつもと医療センター松本病院	青木 雄次
879	JA長野厚生連 長野松代総合病院	宮原 隆成
518	長野県立病院機構 長野県立須坂病院	赤松 泰次
196	佐久市立国保浅間総合病院	仲 元司
1210	松本市立病院	大和 理務
517	中信勤労者医療協会 松本協立病院	鈴木 順
511	市立岡谷病院	平松 邦英
506	飯田市立病院	白旗久美子
516	健和会病院	熊谷 悦子
1149	伊那中央病院	広瀬 芳樹
1211	市立大町総合病院	新津 義文

施設コード	施設名	教育責任者
932	独立行政法人国立病院機構 まつもと医療センター中宿松本病院	大原 慎司
512	JA長野厚生連 富士見高原医療福祉センター 富士見高原病院	矢澤 正信
513	昭和伊南総合病院	堀内 朗
1062	北アルプス医療センター あづみ病院	川上 裕隆
岐 阜		
851	朝日大学歯学部附属 村上記念病院	小島 孝雄
914	JA岐阜厚生連 揖斐厚生病院	塚本 達夫
1040	JA岐阜厚生連 中濃厚生病院	勝村 直樹
747	羽島市民病院	酒井 勉
933	岐阜赤十字病院	石森 正敏
1041	社会医療法人厚生会 木沢記念病院	高見 和久
555	JA岐阜厚生連 久美愛厚生病院	横山 敏之
557	高山赤十字病院	棚橋 忍
781	中津川市民病院	亀山 祐行
1039	独立行政法人地域医療機能推進機構 可児とうのう病院	伊藤 貴彦
558	岐阜県立下呂温泉病院	大井 康徳
559	JA岐阜厚生連 東濃厚生病院	長屋 寿彦
静 岡		
980	独立行政法人国立病院機構 静岡医療センター	志田 幹雄
934	静岡県立静岡がんセンター	福田 博之
1038	公益社団法人地域医療振興協会 伊東市民病院	藤井 幹久
763	JA静岡厚生連 静岡厚生病院	豊嶋 敏弘
1077	静岡徳洲会病院	相澤 信行
202	独立行政法人労働者健康安全機構 浜松労災病院	大石 裕子
842	独立行政法人国立病院機構 天竜病院	白井 正浩
201	浜松赤十字病院	依原 敬
1016	菊川市立総合病院	二見 肇
愛 知		
1102	独立行政法人国立病院機構 豊橋医療センター	豊住 久人
1018	JA愛知厚生連 渥美病院	長谷 智
554	蒲郡市民病院	石原 慎二
553	西尾市民病院	田中 俊郎
1017	社会医療法人財団新和会 八千代病院	松原 賢一郎
963	名古屋セントラル病院	曾村 富士
872	名古屋共立病院	春日 弘毅
748	名古屋市立緑市民病院	徳田 泰司
208	国家公務員共済組合連合会 名城病院	岩間 芳生
805	総合上飯田第一病院	城 浩介
1212	名古屋市立西部医療センター	片田 栄一
537	愛知県がんセンター中央病院	丹羽 康正
546	独立行政法人国立病院機構 東名古屋病院	小川 賢二
547	聖霊病院	森下 剛久
1063	JA愛知厚生連 知多厚生病院	宮本 忠壽
531	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター	鷲見 幸彦
1181	公立西知多総合病院	安藤 貴文
533	常滑市民病院	中村 英伸
873	社会医療法人志聖会 総合犬山中央病院	竹腰 篤
218	独立行政法人労働者健康安全機構 旭労災病院	宇佐美 郁治
530	稲沢市民病院	小林 茂樹
1151	一宮西病院	森 昭裕
1101	JA愛知厚生連 稲沢厚生病院	後藤 章友
1019	津島市民病院	中尾 彰宏
722	名古屋市厚生院	水野 弥一
三 重		
843	独立行政法人地域医療機能推進機構 四日市羽津医療センター	中島 滋人
1078	JA三重厚生連 いなべ総合病院	埜村 智之
569	桑名西医療センター	石田 聡
564	小山田記念温泉病院	浜口 均
565	鈴鹿回生病院	岡 宏次
561	曙純会 武内病院	武内 操

この一覧は2016年11月22日現在のものです。

施設によっては教育責任者が変更していることもありますので、本会HP（「認定医制度」→「研修関連」→「認定教育施設一覧（詳細）」）もご覧ください。

▶教育関連病院・教育関連特殊施設一覧

施設コード	施設名	教育責任者
563	同心会 遠山病院	水野 修
240	独立行政法人国立病院機構 三重中央医療センター	田中 剛史
237	三重県立志摩病院	伊藤 圭一
1152	名張市立病院	伊藤 宏雄
238	伊賀市立上野総合市民病院	八尾 隆史
568	岡波総合病院	松岡 信良
566	尾鷲総合病院	小敷 助成
896	紀南病院組合立 紀南病院	高司 智史
富 山		
1182	かみいち総合病院	浦風 雅春
1079	富山県済生会 富山病院	亀山 智樹
572	南砺市民病院	清水 幸裕
1131	公立学校共済組合 北陸中央病院	武藤 寿生
1247	独立行政法人地域医療機能推進機構 高岡ふしき病院	加藤 弘巳
994	済生会高岡病院	寺崎 禎一
760	富山県厚生連 高岡病院	山本 正和
576	射水市民病院	岩井 中陽一
774	金沢医科大学 氷見市民病院	神田 享勉
575	独立行政法人労働者健康安全機構 富山労災病院	竹森 康弘
1042	真生会富山病院	吉田 良昌
石 川		
1301	国立病院機構 医王病院	高橋 和也
582	石川県済生会 金沢病院	瀬田 孝
584	独立行政法人地域医療機能推進機構 金沢病院	村本 弘昭
586	浅ノ川総合病院	荒木 一郎
583	国家公務員共済組合連合会 北陸病院	高山 嘉宏
588	金沢市立病院	杉山 有
1183	金沢赤十字病院	岩田 章
1258	加賀市医療センター	水富 一秋
1130	芳珠記念病院	白倉 幹哉
1285	やわたメディカルセンター	勝木 達夫
581	国民健康保険 小松市民病院	井野 秀一
916	公立松任石川中央病院	高澤 和也
585	董仙会恵寿総合病院	山崎 雅英
886	市立輪島病院	北 義人
福 井		
577	福井心臓血管センター 福井循環器病院	水野 清雄
580	独立行政法人国立病院機構 あわら病院	津谷 寛
579	福井総合病院	佐竹 一夫
887	杉田玄白記念 公立小浜病院	小西 孝
782	福井厚生病院	羽場 利博
滋 賀		
595	大津市民病院	磯野 元秀
964	独立行政法人地域医療機能推進機構 滋賀病院	中島 滋美
1286	高島市民病院	小泉 聡
593	済生会滋賀県病院	田中 基夫
837	彦根市立病院	日村 好宏
591	近江八幡市立総合医療センター	立川 弘孝
858	誠光会草津総合病院	岩崎 良昭
596	長浜赤十字病院	江川 克哉
823	独立行政法人国立病院機構 東近江総合医療センター	辻川 知之
597	公立甲賀病院	川嶋 剛史
奈 良		
1064	市立奈良病院	高橋 信行
1080	済生会中和病院	塚口 信彦
1195	社会医療法人厚生会 土庫病院	山西 行造
777	奈良県西和医療センター	土肥 直文
和 歌 山		
1184	済生会和歌山病院	川口 雅功
923	独立行政法人労働者健康安全機構 和歌山ろうさい病院	細 隆信
1236	国保日高総合病院	西川 泉
1316	和歌山病院	南方 良章
776	独立行政法人国立病院機構 南和歌山医療センター	山本 桂司

施設コード	施設名	教育責任者
995	新宮市立医療センター	峯園 浩二
1167	橋本市市民病院	山本 勝広
1132	公立那賀病院	中尾 大成
京 都		
1020	康生会武田病院	高橋 周史
1133	西陣病院	柳田 國雄
607	独立行政法人地域医療機能推進機構 京都鞍馬口医療センター	島崎 千尋
1134	洛和会丸太町病院	上田 剛士
1135	京都通信病院	吉岡 秀幸
806	京都民医連第二中央病院	磯野 理
608	愛生会山科病院	南 祐仁
897	京都きづ川病院	丸山 恭平
1287	田辺中央病院	古川 啓三
795	宇治徳洲会病院	竹田 彬一
765	京都岡本記念病院	紀田 康雄
611	三菱京都病院	水野 雅博
601	独立行政法人国立病院機構 宇多野病院	澤田 秀幸
605	済生会京都府病院	中嶋 俊彰
1136	京都山城総合医療センター	新井 正弘
1081	市立福知山市市民病院	香川 恵造
1168	綾部市立病院	高升 正彦
599	独立行政法人国立病院機構 舞鶴医療センター	原田 佳明
965	国家公務員共済組合連合会 舞鶴共済病院	湯地 雄一郎
1065	京都府立医科大学附属 北部医療センター	石野 秀岳
大 阪		
1043	大阪市立十三市民病院	日浦 義和
1169	医療法人医誠会 医誠会病院	後藤 靖和
966	大阪府済生会 野江病院	山岡 新八
1196	社会医療法人大田会 森之宮病院	北田 修
1044	コープおおさか病院	向井 明彦
1225	育和会記念病院	山本 干城
1104	東住吉森本病院	仲川 浩一郎
1260	社会医療法人寿楽会 大野記念病院	宮本 雅史
1103	多根総合病院	濱 典男
621	大阪府済生会 泉尾病院	唐川 正洋
632	独立行政法人地域医療機能推進機構 大阪みなと中央病院	辻 晋吾
1325	社会福祉法人大阪明徳館 大阪明徳館病院	児玉 和久
635	(財)淀川勤労者厚生協会 西淀病院	大島 民旗
627	愛染橋病院	押谷 伸英
1154	錦秀会 阪和住吉総合病院	板橋 司
1121	社会医療法人景岳会 南大阪病院	久米田 靖郎
1314	医療法人蒼龍会 井上病院	辻本 吉広
1315	沖縄徳洲会 吹田徳洲会病院	川上 英孝
1105	恒昭会 藍野病院	杉野 正一
1045	大阪府済生会 茨木病院	松野 由美
839	社会医療法人仙養会 北摂総合病院	木島 昌也
1107	守口敬任会病院	阪口 正博
1226	国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院	北口 勝司
617	市立ひらかた病院	坂根 貞樹
278	独立行政法人地域医療機能推進機構 星ヶ丘医療センター	高橋 務
1046	徳洲会 野崎徳洲会病院	北澤 孝三
918	河内友誼会 河内総合病院	林 英幸
1106	石切生喜病院	林 勝吉
917	社会医療法人若弘会 若草第一病院	金 鎬俊
631	阪南中央病院	村田 三郎
1261	医療法人徳洲会 松原徳洲会病院	川尻 健司
1227	医真会 八尾総合病院	鶴 蘭 卓也
750	八尾市立病院	星田 四朗
1228	春秋会 城山病院	東野 健
623	大阪府立病院機構 大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター	源 誠二郎
1021	宝生会 PL 病院	小川 巖
1155	公益財団法人 浅香山病院	田原 旭
844	社会医療法人清恵会 清恵会病院	北岡 治子

▶ 教育関連病院・教育関連特殊施設一覧

施設コード	施設名	教育責任者
1237	社会医療法人ベガサス馬場記念病院	原 順一
274	和泉市立病院	坂口 浩樹
968	泉大津市立病院	青松 和輝
1326	医療法人大植会 葛城病院	坂本 洋城
612	市立貝塚病院	山田 幸則
903	ベルランド総合病院	安 辰一
兵 庫		
650	済生会兵庫県病院	矢 持 亘
981	神戸朝日病院	金 守良
880	神戸救済会病院	島津 敬
1170	神戸徳洲会病院	安本 均
752	一般財団法人甲南会 六甲アイランド甲南病院	山田 浩幸
845	芦屋市立芦屋病院	西浦 哲雄
1238	尼崎医療生協病院	中田 均
1185	社会医療法人中央会 尼崎中央病院	立石 順
646	西宮市立中央病院	小川 弘之
648	宝塚市立病院	岡本 隆弘
1108	公立八鹿病院	黒田 達実
651	三田市民病院	松田 祐一
753	独立行政法人国立病院機構 兵庫中央病院	里中 和廣
288	兵庫県立柏原病院	西崎 朗
807	総合病院姫路聖マリア病院	松村 正
643	製鉄記念広畑病院	藤澤 貴史
1229	三栄会 ツカザキ病院	飯田 英隆
1262	公立宍粟総合病院	山城 有機
1259	三木山陽病院	森田須美春
645	地方独立行政法人 明石市立市民病院	奥 成聡
644	北播磨総合医療センター	栗野孝次郎
293	一般財団法人甲南会 甲南加古川病院	中尾 一清
642	高砂市民病院	永田 正男
649	赤穂市民病院	藤井 隆
881	伯鳳会赤穂中央病院	三澤 真人
358	兵庫県立姫路循環器病センター	川合 宏哉
鳥 取		
998	鳥取生協病院	菊本 直樹
312	鳥取県立中央病院	杉本 勇二
822	鳥取市立病院	谷水 将邦
935	鳥取赤十字病院	田中 久雄
1214	鳥取県立厚生病院	秋藤 洋一
1230	同愛会 博愛病院	濱本 哲郎
668	独立行政法人国立病院機構 米子医療センター	富田 桂公
669	独立行政法人労働者健康安全機構 山陰労災病院	中岡 明久
島 根		
313	松江赤十字病院	大居 慎治
670	松江市立病院	河野 通盛
882	大田市立病院	山形 真吾
1156	島根県済生会 江津総合病院	中澤 芳夫
853	独立行政法人国立病院機構 浜田医療センター	柳川 崇
999	益田赤十字病院	木谷 光博
岡 山		
936	鴻仁会 岡山中央病院	藤村 宜憲
1047	医療法人社団心臓病センター 榊原病院	山本 桂三
1186	重井医学研究所附属病院	福島 正樹
883	独立行政法人国立病院機構 南岡山医療センター	谷本 安
919	津山中央病院	柘野 浩史
788	倉敷成人病センター	吉永 泰彦
1239	水島中央病院	松尾 龍一
1289	高梁中央病院	戸田 俊介
1288	金田病院	水島 孝明

施設コード	施設名	教育責任者
広 島		
1171	脳神経センター 大田記念病院	栗山 勝
661	独立行政法人国立病院機構 福山医療センター	坂田 達朗
660	日本鋼管福山病院	石木 邦治
944	公立みつぎ総合病院	渡辺 章文
1272	日立造船健康保険組合 因島総合病院	橋本 洋夫
884	尾道市立市民病院	水戸川剛秀
1187	庄原赤十字病院	中島浩一郎
838	三次市立三次中央病院	田中 幸一
664	国家公務員共済組合連合会 広島記念病院	隅井 雅晴
658	国家公務員共済組合連合会 吉島病院	山岡 直樹
898	土谷総合病院	村岡 裕司
1263	日本郵政株式会社 広島通信病院	保崎 泰弘
943	広島医療生活協同組合 広島共立病院	鷹屋 直
1240	一陽会 原田病院	重本憲一郎
663	JR広島病院	三重野 寛
859	広島中央保健生活協同組合 総合病院福島生協病院	大津 直也
662	JA広島厚生連 広島総合病院	徳毛 宏則
814	独立行政法人国立病院機構 広島西医療センター	下村 壮司
山 口		
927	JA山口厚生連 周東総合病院	安永 満
938	独立行政法人地域医療機能推進機構 徳山中央病院	齊藤 満
1022	独立行政法人地域医療機能推進機構 下関医療センター	山下 智省
666	下関市立市民病院	金子 武生
665	独立行政法人国立病院機構 関門医療センター	古谷 雄司
861	山口県済生会山口総合病院	小野 史朗
937	山口赤十字病院	末兼 浩史
1317	宇部協立病院	野田 浩夫
970	宇部興産中央病院	原田 雅彦
1125	独立行政法人国立病院機構 山口宇部医療センター	前田 忠士
667	独立行政法人労働者健康安全機構 山口労災病院	矢賀 健
860	山口県済生会 下関総合病院	濱田 芳夫
徳 島		
671	徳島市民病院	渡辺 滋夫
1327	医療法人いちえ会 伊月病院	西田 善彦
1197	徳島県立海部病院	坂東 弘康
674	JA徳島厚生連 吉野川医療センター	角谷 昭佳
676	独立行政法人国立病院機構 徳島病院	橋口 修二
1000	徳島県立三好病院	中本 次郎
1250	国立病院機構 東徳島医療センター	井内 新
673	JA徳島厚生連 阿南共栄病院	東 博之
1290	つるぎ町立半田病院	中園 雅彦
香 川		
841	香川医療生活協同組合 高松平和病院	高木 照幸
900	JA香川厚生連 屋島総合病院	吉野 すみ
1172	独立行政法人国立病院機構 高松医療センター	藤井 正吾
1082	JA香川厚生連 滝宮総合病院	岸 俊行
1273	香川県済生会病院	尾立 磨琴
1157	大樹会総合病院回生病院	和田 義生
1048	坂出市立病院	田岡 輝久
796	独立行政法人国立病院機構 四国こどもとあとの医療センター	竹谷 善雄
729	さぬき市民病院	徳田 道昭
愛 媛		
677	独立行政法人国立病院機構 愛媛医療センター	岩田 猛
862	済生会松山病院	宮岡 弘明
939	独立行政法人労働者健康安全機構 愛媛労災病院	佐藤 晃
768	十全総合病院	古林太加志
682	社会医療法人同心会 西条中央病院	太宰 康伸
663	恩賜財団済生会西条病院	岡田 真一
683	愛媛県立今治病院	松岡 宏

この一覧は2016年11月22日現在のものです。

施設によっては教育責任者が変更していることもありますので、国会HP（「認定医制度」→「研修関連」→「認定教育施設一覧（詳細）」）もご覧ください。

▶教育関連病院・教育関連特殊施設一覧

施設コード	施設名	教育責任者
681	市立八幡浜総合病院	上村 重喜
901	公立学校共済組合 四国中央病院	中屋 豊
767	済生会今治病院	美馬 敦
359	独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター	灘野 成人
高 知		
1215	社会医療法人仁生会 細木病院	西岡 達矢
730	高知赤十字病院	吉本 幸生
1083	JA高知厚生連 JA高知病院	上田 祐二
1302	高知県立あき総合病院	古野 貴志
971	高知県立幡多けんみん病院	矢部 敏和
福 岡		
1158	社会医療法人財団池友会 新小文字病院	近藤 承一
332	独立行政法人労働者健康安全機構 九州労災病院	田中 誠一
802	独立行政法人労働者健康安全機構 九州労災病院門司メディカルセンター	山崎 嘉宏
1066	一般社団法人日本海員救済会 門司救済会病院	阿部 功
692	独立行政法人国立病院機構 小倉医療センター	佐藤 丈顕
691	国家公務員共済組合連合会 新小倉病院	塚本 浩
1173	社会医療法人共愛会 戸畑共立病院	宗 祐人
816	福岡県済生会 八幡総合病院	佐藤 真司
694	北九州市立八幡病院	太崎 博美
1159	社会医療法人財団池友会 福岡新水巻病院	車 忠雄
1275	福岡通信病院	樋口 雅則
865	福岡和白病院	田口 文博
1303	独立行政法人国立病院機構 福岡病院	野上 裕子
328	独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター	杉本 理恵
1188	社会医療法人青洲会 福岡青洲会病院	中里 未央
1140	宗像水光会総合病院	古野 貴
1126	医療法人原三信病院	高木 陽一
1084	福岡市民病院	小柳 年正
324	国家公務員共済組合連合会 千早病院	道免 和文
1309	福岡山王病院	徳松 誠
1251	福岡市医師会成人病センター	小池 城司
1067	社会医療法人大成会 福岡記念病院	黒田 康夫
325	公立学校共済組合 九州中央病院	檜沢 一興
1085	福岡県済生会 二日市病院	門上 俊明
699	白十字会 白十字病院	岩瀬 正典
847	飯塚市立病院	出口 智弘
1050	独立行政法人地域医療機能推進機構 福岡ゆたか中央病院	中塚 敬輔
1266	社会保険直方病院	坂本 茂
1086	新行橋病院	古賀 英信
696	田川市立病院	高津 典孝
1087	社会保険田川病院	向野 達也
1276	独立行政法人地域医療機能推進機構 久留米総合病院	北里 裕彦
697	社会医療法人天神会 新古賀病院	中村 弘毅
798	高邦会高木病院	山本 匡介
1241	地方独立行政法人 筑後市立病院	大内田 昌直
693	公立八女総合病院	大原 敦子
1001	地方独立行政法人 大牟田市立病院	坂田 研二
1002	独立行政法人国立病院機構 大牟田病院	川崎 雅之
769	親仁会米の山病院	崎山 博司
1189	朝倉医師会病院	石井 邦英
1305	医療法人社団シマダ 嶋田病院	赤司 朋之
921	社会医療法人天神会 古賀病院21	宮川 洋介
佐 賀		
700	独立行政法人国立病院機構 嬉野医療センター	河部 庸次郎
1068	独立行政法人国立病院機構 佐賀病院	江島 英理
長 崎		
1051	済生会 長崎病院	芦澤 潔人
834	社会医療法人春回会 井上病院	泉野 清宏
335	地方独立行政法人長崎市立病院機構 長崎みなとメディカルセンター市民病院	須山 尚史
1307	社会医療法人春回会 長崎北病院	佐藤 聡
855	光晴会病院	大坪 俊夫
709	聖フランシスコ病院	山崎 和文
1088	長崎県五島中央病院	村瀬 邦彦

施設コード	施設名	教育責任者
706	独立行政法人地域医療機能推進機構 諫早総合病院	溝下 明成
707	長崎県島原病院	木下 明敏
703	公益法人地域医療振興協会 市立大村市民病院	安岡 千枝
711	雄博会千住病院	田中 光
702	独立行政法人労働者健康安全機構 長崎労災病院	山佐 稔彦
973	国家公務員共済組合連合会 佐世保共済病院	井口 東郎
1069	日本赤十字社 長崎原爆諫早病院	福島 喜代康
704	独立行政法人国立病院機構 長崎川棚医療センター	松尾 秀徳
熊 本		
1253	山鹿市民医療センター	永野 久俊
982	独立行政法人国立病院機構 熊本再春荘病院	上山 秀嗣
1198	西日本病院	有馬 寿之
1319	くわみず病院	松本 久
1070	医療法人創起会 くまもと森都総合病院	鈴島 仁
1264	天草地域医療センター	境野 成次
1304	荒尾市民病院	梶原 一郎
1320	公立玉名中央病院	宮村 信博
1274	健康保険熊本総合病院	吉松 眞一
1267	独立行政法人地域医療機能推進機構 人吉医療センター	縦田 三郎
大 分		
1190	社会医療法人恵愛会 大分中村病院	那須 勝
974	大分赤十字病院	金田 幸司
1162	敬和会 大分岡病院	立川 洋一
713	独立行政法人国立病院機構 大分医療センター	大家 辰彦
714	大分市医師会立 アルメイダ病院	小野 敬司
339	大分県立病院	加藤 有史
1217	中津市民病院	平瀬 伸尚
712	独立行政法人国立病院機構 別府医療センター	藤尾 信昭
833	国家公務員共済組合連合会 新別府病院	香川 浩一
1265	大分県厚生連 鶴見病院	財前 博文
1127	大分県済生会 日田病院	加地 正英
1216	社会医療法人財団天心堂 へつぎ病院	岩下 智彦
宮 崎		
717	社会医療法人同心会 古賀総合病院	今村 卓郎
1109	宮崎市医師会病院	柴田 剛徳
716	独立行政法人地域医療機能推進機構 宮崎江南病院	松尾 剛志
1191	宮崎県立日南病院	原 誠一郎
鹿 児 島		
1242	鹿児島厚生連病院	今村 也寸志
1163	公益財団法人慈愛会 今村病院分院	宇都宮 與
720	鹿児島市医師会病院	園田 健
345	鹿児島市立病院	池田 賢一
1308	鹿児島赤十字病院	大坪 秀雄
1252	垂水市立医療センター垂水中央病院	竹中 俊宏
1052	独立行政法人国立病院機構 鹿児島医療センター	魚住 公治
719	公益財団法人昭会和会 今給黎総合病院	丸山 芳一
1090	公益社団法人鹿児島共済会 南風病院	西俣 寛人
1053	社会医療法人鹿児島愛心会 大隅鹿屋病院	田村 幸大
864	鹿児島県立大島病院	真田 純一
1192	川内市医師会立市民病院	末次 隆行
721	済生会川内病院	田口 宏樹
1091	鹿児島県立北薩病院	小寺 顕一
1093	鹿児島県医療生活協同組合 国分生協病院	上村 寛和
1306	霧島市立医師会医療センター	児玉 和久
1094	独立行政法人国立病院機構 南九州病院	是枝 快房
沖 縄		
1174	医療法人おもと会 大浜第一病院	大城 康一
1268	医療法人沖縄徳洲会 南部徳洲会病院	平安山 英達
1218	独立行政法人国立病院機構 沖縄病院	大湾 勤子
906	中部徳洲会病院	比嘉 信喜
983	沖縄赤十字病院	赤嶺 盛和
975	沖縄県立北部病院	星野 慎一
1193	公益社団法人 北部地区医師会病院	諸喜 田林
1318	沖縄県立宮古病院	米田 恵寿

▶大学病院一覧

認定施設 コード	施 設 名
1	北海道大学
2	札幌医科大学
3	旭川医科大学
4	弘前大学
5	岩手医科大学
6	秋田大学
7	山形大学
8	東北大学
9	福島県立医科大学
10	群馬大学
11	自治医科大学
12	獨協医科大学
13	筑波大学
14	埼玉医科大学
15	防衛医科大学校
16	千葉大学
17	東京大学
18	東京医科歯科大学
19	日本大学
20	東邦大学
21	日本医科大学
22	東京医科大学
23	東京女子医科大学
24	東京慈恵会医科大学
25	慶應義塾大学
26	昭和大学
27	順天堂大学
28	杏林大学
29	帝京大学
30	横浜市立大学
31	北里大学
32	聖マリアンナ医科大学
33	東海大学
34	山梨大学
35	新潟大学
36	信州大学
37	浜松医科大学
38	名古屋大学
39	名古屋市立大学
40	藤田保健衛生大学

認定施設 コード	施 設 名
41	愛知医科大学
42	岐阜大学
43	三重大学
44	富山大学
45	金沢大学
46	金沢医科大学
47	福井大学
48	滋賀医科大学
49	奈良県立医科大学
50	和歌山県立医科大学
51	京都大学
52	京都府立医科大学
53	大阪大学
54	大阪市立大学
55	大阪医科大学
56	関西医科大学
57	近畿大学
58	神戸大学
59	兵庫医科大学
60	鳥取大学
61	島根大学
62	岡山大学
63	川崎医科大学
64	広島大学
65	山口大学
66	徳島大学
67	香川大学
68	愛媛大学
69	高知大学
70	九州大学
71	久留米大学
72	福岡大学
73	産業医科大学
74	佐賀大学
75	長崎大学
76	大分大学
77	熊本大学
78	宮崎大学
79	鹿児島大学
80	琉球大学

※大学病院では各内科学講座の教授が教育責任者になります。

※大学病院の分院コードは上記、本院のコードと同じです。

▶ 2016年度 認定降格・取消・保留 施設での研修について

下記の施設は2016年9月1日にそれぞれ認定降格、取消、保留となっていますが、受験者への措置として2017年3月31日まではそれぞれ従来の認定区分での研修扱いとします。

認定降格施設一覧（教育病院⇒教育関連病院へ）

従来区分	地 域	番 号	施 設 名	教育責任者
教 育	埼玉県	931	独立行政法人国立病院機構 東埼玉病院	堀 場 昌 英
	千葉県	117	独立行政法人地域医療機能推進機構 船橋中央病院	加 藤 佳 瑞 紀
	東京都	469	公益財団法人 日産厚生会玉川病院	長 晃 平
	新潟県	505	済生会新潟第二病院	吉 田 俊 明
	長野県	195	独立行政法人国立病院機構 まつもと医療センター松本病院	青 木 雄 次
	岐阜県	781	中津川市民病院	亀 山 祐 行
	愛知県	218	独立行政法人労働者健康安全機構 旭労災病院	宇 佐 美 郁 治
		530	稲沢市民病院	小 林 茂 樹
		553	西尾市民病院	田 中 俊 郎
	鳥取県	312	鳥取県立中央病院	杉 本 勇 二
	福岡県	693	公立八女総合病院	大 原 敦 子
	長崎県	335	長崎みなとメディカルセンター市民病院	須 山 尚 史
	鹿児島県	345	鹿児島市立病院	池 田 賢 一

認定取消施設一覧

従来区分	地 域	番 号	施 設 名	教育責任者
教育関連	新潟県	500	新潟県立吉田病院	大 原 一 彦
		1271	飯山赤十字病院	上 條 浩 司
	長野県	1014	安曇野赤十字病院	木 下 修
		1015	長野県立木曽病院	飯 嶋 章 博
	愛知県	1150	NTT西日本東海病院	佐 藤 泰 正
	兵庫県	357	兵庫県立がんセンター	里 内 美 弥 子
	徳島県	1249	JA徳島厚生連 阿南中央病院	柴 昌 子
	福岡県	1161	福岡県済生会 大牟田病院	田 中 雅 久

認定辞退施設一覧

従来区分	地 域	番 号	施 設 名	教育責任者
教育関連	秋田県	349	秋田県立脳血管研究センター	長 田 乾
	群馬県	1115	おうら病院	笛 木 直 人
	奈良県	1213	大和高田市立病院	濱 戸 教 行

認定保留施設一覧

従来区分	地 域	番 号	施 設 名	教育責任者
教 育	大阪府	633	同仁会 耳原総合病院	松 田 圭 市

▶ 病歴要約作成の手引き

1. 記述様式は、新医師臨床研修制度の経験目標に沿って、**POS (Problem Oriented System) 方式の病歴要約作成を推奨します**が、様式の違いが評価に影響することはありません。疾患への適切なアプローチや治療、担当医としての患者への取り組みの態度や考察などが読み取れることが重要です。
 ※病歴要約は①プロブレム毎に叙述する様式、②経時的に叙述する様式、③入院後経過を確定診断毎に叙述する様式、のいずれの様式を選択する場合においても、全て同じ様式に統一して作成してください。なお、2018年(平成30年)度の試験からは、様式はPOS方式のみとなります。
2. すべてパソコンで作成してください。文字の大きさは明朝体11ポイント程度とし、適正な行間で記載してください。用紙はA3サイズ1枚とする。
 ※余白を残さぬよう、十分な情報を記載してください。
 ※誤字・脱字などが目立つ場合は不適切な病歴要約として不合格となりますので、教育責任者から署名・捺印をもらう前に必ず見直しをしてください。
3. 病歴要約には、その内容を端的に表したタイトルを記載してください。
 例：“緑膿菌肺炎で入院し感染症との鑑別に苦慮したANCA関連血管炎の一例”。
4. 患者情報 (ID、年齢、性別)、提出分野名、医療機関名、入・退院日、受持期間、転帰、フォローアップを記載してください。患者を特定できるような氏名、イニシアル、生年月日、居住地は記載しないでください。
 ※患者IDは照合のため施設のIDとしますが、施設で責任を持って管理する限りにおいては連結可能な独自のIDを用いても構いません。
5. 確定診断名 (※略語は不可)：入院中の重症度・重要性に従い、主病名を1に記載してください。2以下に副病名、合併症を主要なものに限り記載してください。
 ※提出分野病名には丸印を付けるなど判るようにしてください。
6. 病歴：提出分野病名を中心として記載してください。その他の主・副病名や合併症などすべての病気の経緯も簡潔に言及してください。既往歴、家族歴、生活歴等は全てを記載する必要はありません。プロフィールや職業が重要な場合は記載してください。
 ※患者個人情報に繋がる紹介元(先)病院(医師)名の記載は避けてください。(「近医」などと記載すること)
7. 入院時現症：不必要なものは減らして、要領よくまとめてください。
8. 検査所見：ルーチンの記載については、すべてを羅列する必要はありません(一般的には肝機能正常という表現でも良い)。しかし、その疾患で異常になり得るデータ、注目すべき正常値、特殊検査はなるべく記載(例えばLD等が重視される血液疾患等ではその検査値を記載)してください。 ※一般的な略号は使用して構いません。
9. 画像診断：経過図、検査等一覧表は必要に応じて挿入して構いませんが、それが症例の理解に役立ち、明瞭に読み取れるものに限ります。
10. プロブレムリスト：プロブレムリストに挙げられるプロブレムとは、診断名ではなく患者を診察していく上で問題となる項目のリストです。従って、初診時に得られる、医療面接での問題点、臨床症状、診察所見、検査値の異常などからリストアップされるべきものです。予め診断がついている項目(病名)も、主病名として取り扱った疾患と関連のある場合はプロブレムとして挙げて構いません。
11. 入院後経過：特殊検査等を含む診断とその根拠、治療および転帰について記載してください。プロブレムリストに沿った記載方式が望ましいですが、必須ではありません。
12. 退院時処方：薬剤名は原則として一般名で記載するようになります。なお、一般名の後に括弧書きで商品名を記載しても構いません。

13. 考察：提出分野病名を中心にその重症度、特異性、その他の主・副病名との関連などについて言及し、診断の妥当性、治療法選択における是非を簡潔に議論してください。
【入院後経過】と【考察】はそれぞれプロブレム、病名毎に独立して記載するか、あるいは併せて記載するか、いずれの様式でも構いません。
14. 文献：EBMを重視し、症例報告、レビューなど、症例に適した引用文献を適宜記載してください。引用形式は(Abe S. JAMA 1997; 278: 485) (工藤翔二. 日内会誌 2006; 95: 564) などとなります。
認定内科医試験においては教科書からの引用も可とします。総合内科専門医試験においては原著論文を引用してください。
※全国の図書館で閲覧できるような公的機関の医学雑誌ないしは学術図書に掲載されたものからの引用に限ります。
※教科書からの引用形式：(表題、発行年、頁、出版社名)
※web媒体からの引用について：「Up To Date」等医療情報源や各学会、厚生科学研究班等から出されたガイドライン等、出典がオーソライズされたものとする。
引用形式：例(●●学会編：●●ガイドライン、●●学会HP)
15. 総合考察：診断・プロブレム毎の考察に止まらず、考察の最後は患者を全人的に捉えた『総合考察』を必ず行ってください。
※プロブレム間の考察や社会的・心理的側面についても言及されていることが望ましい。
16. 教育責任者の署名・捺印：原則として当該症例を受け持った病院の教育責任者からもらってください。但し、出願時に勤務している病院が本会認定教育施設であり、その教育責任者が他病院の症例についても確認の上、責任を持って署名・捺印することをご承諾されるならば、出願時に勤務している病院でもらうことも可です。
なお、教育責任者名はパソコンによる記名でも可です。
※教育病院(大学病院含む)における内科後期臨床研修プログラムの一環として認定されていない病院へ派遣され、内科臨床研修をした際に受け持った症例を提出する場合(5頁の規定を参照)、病歴要約への署名・捺印については、①および②の2人からもらってください。
①当該症例を受け持った、認定されていない病院の病院長
②派遣元である教育病院(大学病院含む)の教育責任者(17～20頁を参照)

▷ 教育責任者とは

▶ 大学病院の場合

- ・自分が勤務(所属)している内科学講座の教授(教授のポストが空席であれば准教授でもよい)

▶ 教育病院または教育関連病院の場合

- ・本会に登録されている教育責任者(17～28頁を参照)

教育責任者に確認してもらう事項

1. 病歴要約の提出者(＝受験者)が確実にその期間、記載された研修施設で研修をしていたか。
2. 提出された症例の主治医(担当医・受持医)であったか。
※誤記がある場合は調査の対象になります。
※故意に事実と異なる記述をした場合、受験者は不合格になります。
3. 病歴要約の記述が本作成の手引きに従い、正確に記述がなされているか。
※内容はもとより項目の脱落も減点対象です。
※タイプミス、誤変換も減点の対象になります。
※患者個人情報への配慮が著しく欠けている場合は不合格になります。
4. 確定診断名の正確性、診断に至る経緯、入院後経過、総合考察など、的確に症例を把握し診療したか。

▷ 評価方法

1. 提出症例全体のグローバル評価 (A、B、C、F) で採点する。
※ A：優れている、B：平均的、C：合格基準を満たしている、F：不合格
2. グローバル評価で不合格 (F) となったものについては、複数の評価委員による二次評価を行う。二次評価では、再度個々の症例における評価を行い、資格認定試験委員会の判定で最終評価を決定する。
3. 試験終了後、病歴要約評価結果を受験者に通知する。

▷ 評価項目

1. 基本的記載
 - ・ 病歴要約の記述が本作成の手引に従っているか。(項目は脱落していないか。)
 - ※ 記述項目や記述順、あるいは参考文献の引用、さらには略号の使用などには「病歴要約作成の手引き」に示されているように一定の取り決めがあります。これらに逸脱する場合も減点対象となります。
 - ・ 記載に際して、誤字・脱字、検査データ等の転記ミス、単位の間違い、文章表現の誤りなどはないか。
 - ※ 文字の誤変換、誤字・脱字、スペルミスなどのケアレスミスは第三者に評価を受けようとする受験者の姿勢としても問題であり、減点対象になります。
 - ・ 医学的不整合性、基本的誤りまたは不備などはないか。
 - ・ 患者個人情報(氏名・生年月日・住所・連絡先等)や紹介元(先)病院(医師)名を消去しているか。
 2. 症例選択の適切さとバランス
 - ・ 提出分野の主病名であるか。
 - ・ 副病名であるが、提出分野の記載として妥当であるか。
 3. 診断プロセスは適切か
 - ・ 現病歴に関する聴取は陰性所見も含めて十分記載されているか。
 - ・ 経過、身体診察の記載は充分であるか。
 - ・ 診断に必要な検査の記載は充分であるか。
 - ・ 診断に必要な画像所見の記載は充分であるか。
 - ・ 鑑別診断については十分記載されているか。
 - ・ 診断名が適切であるか。(十分な科学的根拠が提示されて、それに基づいた適切な診断病名が記載されているか。)
 4. 治療法は適切か
 - ・ 治療薬は一般名で記載しているか。(商品名は認めない。)
 - ・ 診断名に対して適切な治療法であるか。
 - ・ 入院後の経過が正しく記載されているか。
 - ・ 主病名の治療について記載が充分であるか。
 - ・ 全体的な流れとして妥当な治療か。
 5. 十分に考察されているか
 - ・ EBM(診断と治療の根拠)を重視しているか。
 - ・ 適切な文献を引用しているか。
 - ・ 考察の長さは妥当であり、且つ、論理的であるか。
 6. 倫理的妥当性(倫理的配慮)
 - ・ 患者の人権を尊重しているか。
 - ・ 患者の事情、希望に配慮しているか。
 - ・ 患者の社会的・心理的背景を考慮しているか。
 - ・ 患者を全人的視野で診療しているか。
- これら6つの評価項目を以って、グローバル評価A、B、Cを合格とする。

次のような例はF(不合格)評価と見なされる。

- ・ 評価項目で合格基準に達していない。
- ・ 他人が作成した病歴要約を転載した。
- ・ 実際に受け持っていない患者について病歴要約を作成した。
- ・ 患者個人情報への配慮が著しく欠けている。

病歴要約（悪い例）

提出 No.	2	分野名	循環器	病院名	○△■病院
患者 I D .	2345678901	入院日	2016 年 7 月 4 日		
患者年齢	56 歳, 性別 男性	退院日	2016 年 7 月 22 日		
		受持期間	自	2016 年 7 月 4 日	
			至	2016 年 7 月 22 日	

転 帰: ☐ 治癒 ☒ 軽快 ☐ 転科(手術 有・無) ☐ 不変 ☐ 死亡(剖検 有・無)
 フォローアップ: ☒ 外来にて ☐ 他医へ依頼 ☐ 転院

確定診断名（主病名および副病名）

- #1. うっ血性心不全
 #2. 拡張型心筋症
 #3. 心房細動
 #4. 心室頻拍症

【主訴】息切れ・食欲不振.

【現病歴】

平成28年4月, 両下肢痛および全身倦怠感が出現. 5月下旬頃より, 息切れが出現. 6月中旬, 咳嗽を伴うようになり, 7月2日○×医院にて受診. 胸部X線写真で肺うっ血を認め, 心不全の診断で7月4日当科紹介入院となった.

【既往歴】30歳: 胃潰瘍

【家族歴】父: 胃癌

【生活歴】喫煙: 30~50本/日, アルコール: ビール 1~2本/日.

【主な入院時現症】

身長 164 cm, 体重 62 kg. 体温 36.9℃. BP 88/58 mmHg. 胸眼瞼結膜に貧血なし, 眼球結膜に黄疸なし. 心音: I, II 音は清, 心尖部収縮期雑音 (Levine III/VII). 両肺野: 湿性ラ音を聴取.

【主要な検査所見】BNP 650 pg/mL

<動脈血ガス分析> PH: 7.484, PaCO₂: 34 Torr, PaO₂: 99.1 Torr, HCO₃⁻: 25.3 mEq/L, SatO₂: 98.0%.

胸部Xp: 心拡大 (CTR 58%), 肺うっ血, 両側胸水

安静時心電図: 心房細動

<ホルター心電図>総心拍数 111,730/24hrs, 心房細動

平均心拍数 77/分 (最高107/最低51)

心室性期外収縮: 3,480個, 最大7連発の心室頻拍

【プロブレムリスト】

- #1. うっ血性心不全
- #2. 僧帽弁閉鎖不全
- #3. 心房細動
- #4. 心室頻拍症

【入院後経過と考察】

#1. うっ血性心不全は、酸素投与およびフロセミド静注による利尿効果が得られ、速やかに改善した。心不全の原因は、心臓カテーテル検査で冠動脈病変は認めず、左室全周性に壁運動低下を認めたことから、心筋疾患が考えられた。左室心筋生検で、心筋細胞の変性所見が認められ、拡張型心筋症と診断した。内服療法は、ループおよび抗アルドステロン性利尿薬、ACE阻害薬および β 遮断薬の併用療法を開始した。

#2, #3. また僧帽弁閉鎖不全は、心不全改善後にはⅡ度までに改善したので、当面保存的に経過観察することとした。心房細動に関しては、電氣的除細動を試み一旦は除細動されたが、洞調律を維持できず、心拍数コントロールと血栓塞栓予防療法を主に内服治療を開始した。

#4. 心室頻拍症VTは非持続性であったが、左室収縮不全例であり、早速アミオダロンの投与を開始した。投与後からは3連以上の心室頻拍は認められず、電気生理学的検査でのVT誘発刺激試験にても、VT出現がないことを確認した。今後は埋め込み型除細動器の適応の検討が必要と思われる。

【退院時処方】

アスピリン 100 mg 1×, フロセミド 40 mg 1×, スピロノラクトン 25 mg 1×,
 エナラプリル 5 mg 1×, カルベジロール 5 mg 2×, ジゴキシシン 0.25 mg 1×,
 ワルファリン 3 mg 1×, アミオダロン 200 mg 2×

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

病歴要約（良い例(悪い例を改訂したもの)）

【※ここに本内容を端的に表したタイトルを記載すること】

提出 No.	2	分野名	循環器	病院名	○△■病院
患者 I D .	2345678901	入院日	2016 年 7 月 4 日	退院日	2016 年 7 月 22 日
患者年齢	56 歳, 性別 男性	受持期間	自 2016 年 7 月 4 日	至	2016 年 7 月 22 日

転 帰: ☐ 治癒 ☒ 軽快 ☐ 転科(手術 有・無) ☐ 不変 ☐ 死亡(剖検 有・無)
 フォローアップ: ☒ 外来にて ☐ 他医へ依頼 ☐ 転院

確定診断名（主病名および副病名）

- # 1. うっ血性心不全
 # 2. 拡張型心筋症
 # 3. 心房細動
 # 4. 心室頻拍症

【主訴】息切れ・食欲不振

【現病歴】これまでに定期健診等において心疾患を指摘された事はなかった。2016年4月、両下肢痛および全身倦怠感が出現した。5月下旬頃からは労作時の息切れが出現し、6月中旬になると、夜間の咳嗽を伴うようになり、7月2日近くの診療所を受診した。胸部X線写真で肺うっ血を認め、心不全の診断で7月4日に当科を紹介入院となった。

【既往歴】30歳：胃潰瘍

【家族歴】父：胃癌，心疾患の家族歴を認めない。

【生活歴】喫煙：30～50本/日，アルコール：ビール 1～2本/日。情報関連会社の営業を担当し、接待および外食が多い。

【主な入院時現症】身長 164 cm，体重 62 kg，体温 36.9℃，脈拍 84/分，不整，血圧 88/58 mmHg，呼吸数 20/分，眼瞼結膜に貧血はなく，眼球結膜に黄疸はない。心音：I 音は減弱し，II 音は正常の呼吸性分裂を認める。心尖部にてIII音と全収縮期雑音（Levine III/V）を聴取する。両肺野下部において湿性ラ音を聴取する。腹部は柔らかく，肝臓・脾臓を触知しない。下腿にて軽度の浮腫を認める。

【主要な検査所見】血液所見：赤血球 494万/ μ L，Hb 16 g/dL，Ht 47%，白血球 6,700/ μ L，血小板 22万/ μ L。血液生化学所見：血糖 104 mg/dL，HbA1c 5.3%，TP 6.5 g/dL，BUN 17.4 mg/dL，Cr 1.1 mg/dL，尿酸 7.2 mg/dL，総コレステロール 219 mg/dL，トリグリセリド 262 mg/dL，総ビリルビン 0.89 mg/dL，AST 26 IU/L，ALT 36 IU/L，LD 233 IU/L， γ -GTP 120 IU/L，Na 145 mEq/L，K 4.2 mEq/L，Cl 106 mEq/L，BNP 650 pg/mL，CRP 0.22 mg/dL。

動脈血ガス分析（自発呼吸，room air）：pH 7.484，PaCO₂ 34 Torr，PaO₂ 99.1 Torr，HCO₃⁻ 25.3 mEq/L，SaO₂ 98.0%。

胸部X線写真：左3・4弓の突出を主体とした心拡大（CTR 58%），肺うっ血，両側胸水。安静時心電図：心房細動と左胸部誘導の高電位差およびT波の平低化を認める。QRS幅は110 ms。

<Holter心電図> 総心拍数 111,730/24hrs，心房細動。平均心拍数 77/分（最高107/最低51）

心室性期外収縮：3,480個，最大7連発の心室頻拍。

<心エコー図> 左室の拡大とびまん性の壁運動低下を認める。LVDd 66 mm，LVDs 57 mm，IVS 9 mm，LVPW 10 mm，LVEF 29%，LAD 49 mm，MR中等度（ERO：0.15），推定PA収縮期圧 30 mmHg。

【プロブレムリスト】

#1. うっ血性心不全 #2. 僧帽弁閉鎖不全 #3. 心房細動 #4. 心室頻拍症

【入院後経過】

#1. うっ血性心不全は入院時にはNYHA Ⅲ度であったが、酸素投与およびフロセミド静注による利尿効果が得られ、速やかに改善した。心不全の原因は、心臓カテーテル検査で冠動脈病変は認めず、左室全周性に壁運動低下を認めたことから、虚血性心筋症は否定されて心筋疾患が考えられた。また、高血圧の既往もなく、毎年の健診でも強い心雑音を指摘されていない事より、高血圧性心臓病や一次性的弁膜症の可能性は低い。さらに、右室心筋生検で、心筋細胞の変性所見が認められる一方で、アミロイド沈着やサルコイド結節および炎症細胞浸潤なども認められないことより拡張型心筋症と診断した (Roberts WC. Am J Cardiol 1989;63:893)。なお、病状が安定してから実施した右心カテーテル検査では肺動脈楔入圧 16 mmHg、心係数 2.8 L/min/m²であった。内服療法はループおよび抗アルドステロン性利尿薬、ACE阻害薬および少量のβ遮断薬の併用療法を開始した。なお、カルベジロールは2.5 mgより開始し、病状の悪化のない事を確認して5 mgまで増量しているが、血圧は90/60 mmHgと入院時から明らかな低下はなく、退院時の体重も59 kgであった。

#2, #3. また僧帽弁閉鎖不全は、心不全改善後には心エコー図でⅡ度までに改善したので機能性MRと考えられ、当面保存的に経過観察することとした。心房細動に関しては、電氣的除細動を試み、一旦は除細動されたが、洞調律を維持できず、心拍数コントロールと血栓塞栓予防療法を主に内服治療を開始し、ワルファリン 3 mgでPT-INR 2.2とコントロールされた。

#4. 心室頻拍症VTは非持続性であったが、左室収縮不全例であり、アミオダロンの投与を開始した。その後は3連以上の心室頻拍は認められず、電気生理学的検査でのVT誘発刺激試験においても、VT出現がないことを確認した。今後は埋め込み型除細動器の適応の検討が必要と思われる。

【考察】

心不全で発症した拡張型心筋症の症例である。入院時には低血圧傾向にあったが、利尿薬に対する反応は良好で、改善後に実施した心臓カテーテル検査でもForrester分類の1群であり、ガイドラインに基づく標準的治療薬の導入も容易であった (McMurray JJV. Eur Heart J 2012;33:1787)。ただし、非持続性心室頻拍に対してアミオダロン内服下の電気生理学的検査でVTが誘発されずに薬物治療としたが、収縮能が低下した心不全患者に対しては植込み型除細動器の方がより有効であるとの大規模臨床試験も報告されているので (Bardy GH. N Engl J Med 2005;352:225)、外来での注意深い経過観察が必要である。

【退院時処方】

アスピリン 100 mg 1×, フロセミド 40 mg 1×, スピロノラクトン 25 mg 1×, エナラプリル 5 mg 1×, カルベジロール 2.5 mg 2×, ジゴキシシン 0.25 mg 1×, ワルファリン 3 mg 1×, アミオダロン 200 mg 2×

【総合考察】

心不全治療の発展により拡張型心筋症の予後は改善されてきているが、日常生活での摂生が重要であることに変わりはない。現在の業務内容は顧客への対応で不規則となり、且つ運動量も多い。しかも、接待のために塩分および水分摂取が多くなり易い。これらは病状の悪化の誘因となる。以上より本人とも相談の上、事業所の産業医および職場の管理者に診療情報を提供して、外来でのカルベジロールの増量期間中は休職とし、病状安定後の復職プログラムは内勤への配置転換後に行うように検討してもらう事とした。

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

病 歴 要 約 (悪い例)

提出 No.	4	分野名	腎 臓	病院名	○△■病院
患者 I D .	4567890123	入院日	2016 年 3 月 11 日		
患者年齢	17 歳, 性別 女性	退院日	2016 年 4 月 19 日		
		受持期間	自	2016 年 3 月 11 日	
			至	2016 年 4 月 19 日	

転 帰: ☐ 治癒 ☐ 軽快 ☐ 転科(手術 有・無) ☐ 不変 ☐ 死亡(剖検 有・無)
 フォローアップ: ☒ 外来にて ☐ 他医へ依頼 ☐ 転院

確定診断名(主病名および副病名)

○#1. 微小変化型ネフローゼ症候群

【主訴】浮腫

【現病歴】

2015年3月3日～5日に花屋でアルバイトをした。3月6日から顔面浮腫、全身倦怠感が出現した。3月10日から悪心、嘔吐などの消化器症状、下肢の浮腫がみられるようになり、佐藤病院へ救急搬送された。蛋白尿と高度の低蛋白血症を指摘され、3月11日当院へ転院となった。

【既往歴】アトピー性皮膚炎、花粉症あり、食物・薬物アレルギーなし

【家族歴】特記すべきことなし

【生活歴】高校生

【主な入院時現症】

身長 157 cm, 体重 53 kg (+4 kg/週の増加)。体温 37.0℃。BP 112/68 mmHg。HR 110 回/分。胸部：肺音正常、心音正常。顔面・下肢に著大な浮腫を認めた。

【主要な検査所見】

RBC 565万/ μ L, Hb 16.8 g/dL, Ht 48.3%, WBC 11900/ μ L, Plt 38.5万/ μ L。TP 3.5 g/dL, Alb 1.3 g/dL, BUN 13.9 mg/dL, Cr 0.73 mg/dL, Na 136 mEq/L, K 4.7 mEq/L, Cl 105 mEq/L, AST 20 IU/L, ALT 10 IU/L, T-cho 527 mg/dL, TG 238 mg/dL。CRP 0.15 mg/dL, IgG 150.3 mg/dL, IgA 198.2 mg/dL, IgM 179.9 mg/dL, IgE 570.0 IU/mL。PT 93%, PT-INR 1.04, APTT 41.1秒, Fib 971 mg/dL, FDP-DD 3.71 μ g/mL, AT-III 29%。尿所見：蛋白 8.97 g/日, 蓄尿量 900 mL/日。

胸部Xp：特に異常なし

安静時心電図：正常範囲内

【プロブレムリスト】

#1. ネフローゼ症候群

【入院後経過と考察】

#1. 大量蛋白尿、血清アルブミン 3.0 g/dL以下の低蛋白血症、全身の浮腫および高コレステロール血症(250 mg/dL以上)をきたしており、ネフローゼ症候群と診断した。3月11日よりソル・メドロール 500 mg/日の投与を3日間施行し、以後プレドニン 40 mg/日にて加療した。浮腫に対してラシックスを慎重に投与していたが、3月16日より呼吸苦が出現し、胸部X-P上で胸水を認めた。酸素投与、ラシックス増量にて尿量を確保し、症状は改善した。蛋白尿は第11病日に1.67 g/日と著明に減少し、第16病日には0.06 g/日と陰性化した。4月7日よりプレドニン 30 mgへ減量したが再燃なく、4月14日より20 mgへ減量した。蛋白尿・浮腫の再発はなく、4月19日退院とした。

【総合考察】

本症例は花粉症の既往があり、発症直前に仕事で花粉に曝露しておりアレルギーの関与が疑われた。微小変化型と判断した。高度の浮腫や血管内脱水から腎不全を伴ってくるような場合はアルブミン点滴を併用する必要があるが、MCNSへのアルブミン投与は尿蛋白量を増加させ寛解を遅らせる可能性が指摘されている（小向，Medical Practice 21 783－787，2004）。また、若年者に対して、血液製剤を安易に投与すべきではない。ネフローゼ症候群ではAT-Ⅲの尿中漏出や肝臓でのFibrinogen過剰産生、ステロイド投与、血小板凝集の亢進などがみられる。さらに循環血漿量の減少により血液は濃縮されており、下肢、肺、腎、頭蓋内などに血栓を作りやすいため、抗凝固療法を併用することがある。本疾患は、一般的にステロイド薬が著効し予後良好とされているが、一方で再発を繰り返しやすい、多くの患者が若年者であることから、結果としてステロイド長期大量投与による副作用が問題となる危険性がある。外来診療にてきめこまやかな対応が必要であり、再発を予防するためには食事指導、服薬指導、生活指導などの患者教育がきわめて重要である。

【退院時処方】

- ①プレドニゾロン 20 mg/日 ②ファモチジン 40 mg/日
 ③ワルファリンカリウム 1 mg/日 ④アレンドロン酸ナトリウム水和物 5 mg/日

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

病歴要約（良い例(悪い例を改訂したもの)）

【※ここに本内容を端的に表したタイトルを記載すること】

提出 No.	4	分野名	腎 臓	病院名	○△■病院
患者 I D .	4567890123	入院日	2016 年 3 月 11 日	退院日	2016 年 4 月 19 日
患者年齢	17 歳, 性別 女子	受持期間	自 2016 年 3 月 11 日	至	2016 年 4 月 19 日

転 帰: ☐ 治癒 ☒ 軽快 ☐ 転科(手術 有・無) ☐ 不変 ☐ 死亡(剖検 有・無)
 フォローアップ: ☒ 外来にて ☐ 他医へ依頼 ☐ 転院

確定診断名（主病名および副病名）

○#1. 微小変化型ネフローゼ症候群

#2. 過凝固状態

【主訴】浮腫

【現病歴】

2016年3月3日～5日に花屋でアルバイトをした。3月6日から顔面浮腫，全身倦怠感が出現した。3月10日から悪心，嘔吐などの消化器症状，下肢の浮腫がみられるようになり，近くの病院へ搬送された。蛋白尿と高度の低蛋白血症を指摘され，3月11日当院へ転院となった。

【既往歴】アトピー性皮膚炎，花粉症あり，食物・薬物アレルギーはない。

【家族歴】特記すべきことはない。

【生活歴】高校生

【主な入院時現症】

身長 157 cm, 体重 53 kg (+4 kg/週の増加)。体温 37.0℃。脈拍 110/分, 整。血圧 112/68 mmHg。胸部：肺音に異常はない。心音に異常はない。腹部：平坦，軟で，肝・腎・脾は触知しない。顔面・下肢に著明な浮腫を認める。

【主要な検査所見】

尿所見：蛋白 4+，潜血（-）。沈渣：硝子円柱多数，赤血球円柱はない。蛋白 8.97 g/日，蓄尿量 900 mL/日。尿中IgG 56.0 mg/dL，尿中トランスフェリン 802 mg/日。血液所見：赤血球 565万/μL，Hb 16.8 g/dL，Ht 48.3%，白血球 11,900/μL (NE 78.0%，LY 10.0%，MONO 7.0%，EOS 5%)，血小板 38.5万/μL，PT 93% (基準70～140)，PT-INR 1.04 (基準0.80～1.15)，APTT 41.1秒 (基準25～40)，Fib 971 mg/dL (基準150～400)，FDP 3.71 μg/mL (基準4以下)，AT-III 29% (基準79～121)。血液生化学所見：TP 3.5 g/dL，Alb 1.3 g/dL，IgG 150.3 mg/dL，IgA 198.2 mg/dL，IgM 179.9 mg/dL，IgE 570.0 IU/mL，トランスフェリン 88 mg/dL，選択指数 0.04と高選択，BUN 13.9 mg/dL，Cr 0.73 mg/dL，T-cho 527 mg/dL，TG 238 mg/dL，AST 20 IU/L，ALT 10 IU/L，Na 136 mEq/L，K 4.7 mEq/L，Cl 105 mEq/L。免疫血清学所見：CRP 0.15 mg/dL，ANA陰性，CH₅₀ 40 U/mL，C3 70 mg/dL，C4 18 mg/dL。

胸部X線写真：肺野に異常影はない。心拡大はない。肋骨横隔膜角は鋭。

腹部・骨盤CT：胸水・心嚢水はない。Douglas窩に腹水貯留を認める。胆嚢壁・腸管に浮腫がある。

安静時心電図：正常範囲内

【プロブレムリスト】

#1. ネフローゼ症候群

【入院後経過と考察】

#1. 大量蛋白尿、血清アルブミン 3.0 g/dL 以下の低蛋白血症、全身の浮腫および高コレステロール血症 (250 mg/dL 以上) をきたしており、ネフローゼ症候群と診断した。①若年発症、②急激なネフローゼ、③蛋白尿主体 (血尿はない)、④アレルギー疾患の既往、⑤尿蛋白の高選択性から微小変化型を検査前確率80～90%で考えた。腎生検の感度、特異度は90%、90%であり、腎生検を行う前に3月11日よりコハク酸メチルプレドニゾンナトリウム 500 mg/日の投与を3日間施行し、以後プレドニゾン 40 mg/日にて加療した。浮腫に対してフロセミドを慎重に投与していたが、3月16日より呼吸苦が出現し、胸部X線写真上で胸水を認めた。原因としてメチルプレドニゾンの大量投与による塩分貯留と判断し、酸素投与、フロセミド増量にて尿量を確保し、症状は改善した。蛋白尿は第11病日に1.67 g/日と著明に減少し、第16病日には0.06 g/日と陰性化した。この間に、Fib 971 mg/dL、FDP 3.71 μg/mL、AT-Ⅲ 29%であり、過凝固状態と判断して血栓症防止のためワルファリンを使用した。4月7日よりプレドニゾン 30 mgへ減量したが再燃なく、就学希望もあり4月14日より20 mgへ減量した。蛋白尿・浮腫の再発はなく、4月19日退院とした。

【退院時処方】

- ①プレドニゾン 20 mg/日 ②ファモチジン 40 mg/日
③ワルファリンカリウム 1 mg/日 ④エルデカルシトールカプセル 0.5 μg/日

【総合考察】

本症例は花粉症の既往があり、発症直前に花屋でのアルバイトで花粉に曝露しており、アレルギーの関与が疑われた。臨床経過と検査所見から微小変化型の可能性が最も高く、ステロイド治療に反応して劇的に改善した。小児のネフローゼ (微小変化型) では、血液量減少 (濃縮) 群と体液量増加群に分け、前者ではアルブミンとフロセミド投与、後者ではフロセミド単独投与を推奨している (Kapur G. Clin J Am Soc Nephrol 2009;4:907)。組織の浮腫、特に脳浮腫が急速に進行する場合、過凝固による血栓傾向がみられる場合は、アルブミン投与が必要になる。ただし、アルブミンを投与した群では、寛解までの期間が長く、ステロイド治療に抵抗性となることが示されているので、アルブミン投与は臨床所見をみて判断する必要がある (Yoshimura A. Clin Nephrol 1992;37:109)。ネフローゼ症候群ではAT-Ⅲの尿中漏出や肝臓でのFibrinogen過剰産生、ステロイド投与、血小板凝集の亢進などがみられる。さらに循環血漿量の減少により血液は濃縮されており、下肢、肺、腎、頭蓋内などに血栓を作りやすいため、抗凝固療法を併用することがある。本症例は、血栓症防止のためワルファリンを使用した。微小変化型ネフローゼはステロイド薬が著効し予後良好とされているが、一方で再発を繰り返しやすいため、患者家族にステロイド薬の減量法、突然の中止による再発、副腎不全などについても説明した。また、ステロイド薬による骨病変の防止と投薬、医療補助制度についても説明した。

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

病 歴 要 約 (悪い例)

提出 No.	6	分野名	血 液	病院名	○△■病院
患者 I D .	6789012345	入院日	2016 年 9 月 20 日		
患者年齢	45 歳, 性別 女性	退院日	2016 年 10 月 12 日		
		受持期間	自	2016 年 9 月 20 日	
			至	2016 年 10 月 12 日	

転 帰: ☐ 治癒 ☒ 軽快 ☐ 転科(手術 有・無) ☐ 不変 ☐ 死亡(剖検 有・無)
 フォローアップ: ☒ 外来にて ☐ 他医へ依頼 ☐ 転院

確定診断名(主病名および副病名)

- #1. びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫
 #2. 血球減少

【主訴】左頸部腫瘍

【現病歴】

2016年7月に左頸部の主張に気付き、かかりつけ医を受診したが、原因不明で経過観察となったが、その後も頸部腫脹は増大したため精査目的で9月1日当院内科受診した。9月10日に当院耳鼻咽喉科にて左頸部リンパ節生検施行し組織診断で、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断された。9月20日に精査加療目的で入院した。

【既往歴】特記すべきことはない。

【生活社会歴】飲酒歴: ビール 1本/日, 週3回。喫煙歴: 無し。家族は夫と子供2人。

【家族歴】父: 糖尿病, 母: 胃癌

【主な入院時現症】

BT 36.7. RR 18/分, PR 66/分, BP 134/74 mmHg. 左頸部リンパ節に腫脹がある。心・肺: 異常なし。腹部: 異常なし。

【主要な検査所見】

RBC 420×10^4 , WBC 6600, PLT 18×10^4 , 肝機能異常なし。尿所見: 異常なし。

【プロブレムリスト】

- # 1. びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫〔2016年9月5日〕
- # 2. 血球減少〔2016年9月30日〕
- # 3. 発熱〔2016年9月21日〕

【入院後経過と考察】

1. びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫

9月21日～25日までのR-CHOP療法で、触診と肉眼で認める左頸部の腫脹は消失した(21日: ドキソルビシン, オンコビン, エンドキサン, 21日～25日: プレドニン, 27日: リツキサン)。化学療法中、開始当日より37℃台の発熱を認めたが、5日目には解熱した。また、徐々に白血球の減少がみられ、化学療法開始12日目にWBC 1200となったが、その2日後には改善がみられた。便秘、悪心および頭痛などの副作用はなかった。10月11日～2コース目のR-CHOP療法を施行して、10月10日に退院した。

#2. 血球減少

化学療法開始後から徐々に白血球が減少し、開始12日目にWBC 1500となった。そのためグランシリンジ (75 μ g) の投与を開始した。その2日後からWBC 2500と改善がみられ、更にその3日後にはWBC 15000と著増した。

#3. 発熱

リツキサン投与後に発熱がみられたがすぐに解熱した。その後も時に5日目まで37℃台前半の発熱がみられたが、すぐに解熱した。

【退院時処方】 タケプロンOD錠 15 mg 1錠 分1 夕食後

【総合考察】

びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫に対してR-CHOP療法を行った症例である。CHOP療法よりリツキサン追加療法の方が3年増悪生存率、3年総生存率が有意に高いと示されている。Pfreundschuh M (2006). “CHOP-like chemotherapy plus rituximab versus CHOP-like chemotherapy alone in young patients with good-prognosis diffuse-B-cell lymphoma : a randomised controlled trial by the MabThera International Trial (MinT) Group”. Lancet Oncol. 7(5) : 379-91.

本症例でもリツキサンを追加して化学療法を行った。

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

病歴要約（良い例(悪い例を改訂したもの)）

【※ここに本内容を端的に表したタイトルを記載すること】

提出 No.	6	分野名	血液	病院名	○△■病院
患者 I D .	6789012345	入院日	2016 年 9 月 20 日	退院日	2016 年 10 月 12 日
患者年齢	45 歳, 性別 女性	受持期間	自 2016 年 9 月 20 日	至	2016 年 10 月 12 日
転 帰:	☐ 治癒 ☒ 軽快 ☐ 転科(手術 有・無) ☐ 不変 ☐ 死亡(剖検 有・無)	フォローアップ:	☒ 外来にて ☐ 他医へ依頼 ☐ 転院		

確定診断名（主病名および副病名）

- #1. びまん性大細胞型B細胞リンパ腫（臨床病期 III A, IPI low risk）
 #2. 好中球減少性発熱

【主訴】左頸部腫瘍

【現病歴】

2016年7月に左頸部の3 cm位の無痛性腫脹に気づき近医を受診したが、原因不明で経過観察となった。しかし、その後頸部腫脹は徐々に鶏卵大まで増大したため精査目的に9月1日当院内科を受診した。頸部および胸・腹部造影CTにて左頸部に最大5×4 cmまでの多発性リンパ節腫大と右上縦隔、両側肺門部、腸間膜に2 cmまでのリンパ節腫脹を認め、9月7日に施行したPET-CT検査でこれらに一致して異常集積を認めた。耳鼻咽喉科にて9月10日に左頸部リンパ節生検を施行し、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫（DLBCL）と診断され、9月20日に化学療法目的で入院した。経過中、他の症状はなく、体重減少、発熱、盗汗なども認めていない。

【既往歴】特記すべきことはない。アレルギー歴はない。

【生活社会歴】専業主婦で家族は夫と子供2人（長女 中学2年，長男 小学5年）。飲酒：ビール 350 mL/日，週3日。喫煙：なし。

【家族歴】父：糖尿病，母：胃癌，兄：特記すべきことはない。

【主な入院時現症】

PS 0. 身長 165.0 cm，体重 64.0 kg，体表面積 1.70 m²。体温 36.7℃。脈拍 66/分，整。血圧 134/74 mmHg。呼吸数 18/分。結膜：貧血・黄疸はない。扁桃：腫大はない。舌：異常はない。左頸部に生検時の手術創がある。弾性硬で，圧痛はなく，癒合傾向のない2 cm大までのリンパ節を4個触知する。腋窩・鼠径リンパ節：触知しない。心・肺：異常所見はない。腹部：平坦，軟で，圧痛はない。肝・脾を触知しない。腫瘍も触知しない。腸音：異常はない。皮膚に異常はない。下腿に浮腫はない。

【主要な検査所見】

尿所見：蛋白（-），潜血（±）。沈渣：異常はない。血液所見：赤血球 420万/μL，Hb 12.5 g/dL，MCV 86.5 fL，網赤血球 1.10%，白血球 6,600/μL（Seg 55.0%，Stab 1.0%，Ly 35.0%，Mono 6.0%，Eo 3.0%），血小板 18万/μL，PT-INR 0.92，APTT 34.9秒，Fib 499.0 mg/dL，Dダイマー 1.0 μg/dL。血液生化学所見：TP 7.9 g/dL，Alb 4.1 g/dL，フェリチン 12.5 ng/mL，BUN 9.5 mg/dL，尿酸 3.5 mg/dL，AST 12 IU/L，ALT 8 IU/L，ALP 241 IU/L，LD 145 IU/L，Na 141 mEq/L，K 3.7 mEq/L，Cl 102 mEq/L。免疫血清学所見：CRP 1.33 mg/dL，HBs抗原陰性，HBs抗体陰性，HBc抗体陰性，HCV抗体陰性，可溶性IL-2受容体 1,930 U/mL。

胸・腹部X線写真：異常所見はない。

安静時心電図：正常範囲内。

骨髓穿刺：有核細胞数 118,250/μL，巨核球 62.4/μL，M/E比 = 3.95，リンパ球 11.0%，異形成，異常細胞を認めない。染色体分析：46, XX [20]。

【プロブレムリスト】

1. びまん性大細胞型B細胞リンパ腫

【入院後経過】

1. びまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL)

入院後骨髄穿刺を施行し、臨床病期ⅢA、IPI予後不良因子は臨床病期のみでlow riskと診断した (age-adjusted IPIではlow-intermediate risk)。合併症のない初発DLBCL症例であり、R-CHOP療法6コースを施行する方針とし、9月21日～1コース目を施行した (リツキシマブ 640 mg, day 1; シクロホスファミド 1,275 mg, day 1; ドキソルビシン 85 mg, day 1; ビンクリスチン 2 mg, day 1; プレドニゾン 100 mg, day 1-5 経口)。リツキシマブ投与開始後、infusion reaction による37.5℃の発熱がみられたが、アセトアミノフェン内服で解熱し、他に副作用は認めなかった。R-CHOP施行後、好中球減少が進行し、施行後12日目にはWBC 1,200/ μ L (Seg 25.0%) まで減少し、37.8℃の発熱を認めた。明らかな感染源を認めず、発熱性好中球減少症と診断し、セフェピム 1 gを8時間毎に点滴静注し、フィルグラスチム 75 μ g皮下注射を開始した。翌日には解熱し、3日後にはWBC 7,300/ μ Lまで増加したためセフェピムは中止し、フィルグラスチムは3日間の投与で中止した。他の副作用は特に認めなかった。表在リンパ節は触知できない程度まで縮小し、10月11日から1コース目と同じ投与量で2コース目のR-CHOPを施行し、外来にて治療継続する方針として10月12日に退院した。

【考察】

R-CHOP療法は今日では初発DLBCLに対する標準的治療であり、18歳から60歳のage-adjusted IPIの予後因子0または1個、臨床病期Ⅱ-Ⅳ期または巨大病変を持つⅠ期の824例を対象にした検討でも6コースのCHOP様化学療法にリツキシマブを併用することにより、3年無イベント生存と全生存が向上することが示されている (Pfreundschuh M. Lancet Oncol 2006;7:379)。本症例も合計6コースのR-CHOP療法を行う方針とし、1コース目の治療に対する反応は良好と判断した。American Society of Clinical Oncologyのガイドラインでは、悪性リンパ腫患者へのG-CSFの一次予防的投与は、65歳以上で特に合併症のある場合にのみ考慮されるべきとされており (Smith TJ. J Clin Oncol 2015;33:3199)、本例でも一時予防投与は行わなかったが、今後は二次予防を考慮する必要がある。

【退院時処方】

プレドニゾン (5) 20錠 3×(12-6-2)×4日分、ランソプラゾールOD錠 (15) 1錠 1×

【総合考察】

進行期DLBCLに対する初回治療はR-CHOP療法6～8コースであるが、6コースと8コースの差についてのエビデンスはなく (日本血液学会編：造血器腫瘍診療ガイドライン 2013年版、金原出版)、患者と家族に情報提供の上で6コース行う方針とした。二人の子供を持つ専業主婦であり、今回の入院中、家事、子育てなどの問題が生じたことから、日常生活を行いながらの治療継続を希望されている。今後、G-CSFの二次予防投与が必要と考えられ、自宅がやや遠方であることから、通院数を減らすことができるpegフィルグラスチム投与を考慮していいと考える。

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

病 歴 要 約 (悪い例)

提出 No.	7	分野名	神 経	病院名	○△■病院
患者 I D .	7890123456	入院日	2016 年 4 月 6 日		
患者年齢	65 歳, 性別 男性	退院日	2016 年 5 月 17 日		
		受持期間	自	2016 年 4 月 6 日	
			至	2016 年 5 月 17 日	

転 帰: ☐ 治癒 ☒ 軽快 ☐ 転科(手術 有・無) ☐ 不変 ☐ 死亡(剖検 有・無)
 フォローアップ: ☐ 外来にて ☐ 他医へ依頼 ☒ 転院

確定診断名(主病名および副病名)

#1. 左中大脳動脈塞栓症

【主訴】意識障害, 右片麻痺, 構音障害

【現病歴】

2016年4月6日に突然, 意識を消失し, 意識が回復した後から右片麻痺と構音障害が出現したため救急車で搬送されてきた。

【主な入院時現症】

意識レベル JCS I-3. 右半側空間無視, 左共同偏視, 重度の運動性失語と構音障害を認める。右上下肢に不全麻痺を認める。NIHSS 7点。

【主要な入院時検査所見】

左側頭葉内側を中心とした梗塞巣を認め, 頭部MRAで左中大脳動脈の途絶を認める。

【既往歴】心房細動

【家族歴】詳細は不明。

【嗜好歴】飲酒: 日本酒 6合/日。喫煙: 40本/日×55年間。

【アレルギー歴】なし

【内服薬】なし

【プロブレムリスト】

#1. 左中大脳動脈塞栓症

【入院後経過と考察】

#1. 左中大脳動脈塞栓症

入院時, 意識レベルはJCS I-3で右半側空間無視, 左共同偏視, 重度の運動性失語と構音障害を認めていた。また, 右上下肢に不全麻痺を認め, NIHSSは7点であった。頭部MRIで左側頭葉内側を中心とした梗塞巣がみられ, 頭部MRAで左中大脳動脈の途絶がみられた。心房細動があったことから, 心原性脳塞栓症と診断した。グリセリン, エダラボン, 補液で治療を開始した。その後, 麻痺症状は悪化しなかった。4月11日からリハビリを開始した。その後, 右上下肢の麻痺は改善して, 独歩可能となった。なお, 運動性失語については改善がみられず, 簡単な言語理解は可能だが, 発語はない(簡単な返事もしくはうなずくだけ)状態であった。再発予防としてワーファリン内服を開始した。状態の安定を確認した後, 2016年5月17日にかかりつけ医へ転院させた。

【退院時処方】

タケプロン (15 mg) 1T 分1 夕食後

ワーファリン (1 mg) 3.5T 分1 夕食後

【総合考察】

中大脳動脈の皮質枝は眼窩回の外側領域，下前頭回，中前頭回，中心前回と中心後回の大部分，上頭頂小葉，下頭頂小葉，側頭極を含む上側頭回と中側頭回に分布する。左（優位半球）下前頭回（ブローカー野）は言語中枢を担うとされ，ブローカー野が障害されると運動性失語が生じるとされており，本例も当該領域に障害があったと考えられる。また，皮質枝分岐部近くでの梗塞の場合，上肢と顔面に顕著な反対側の片麻痺，反対側の位置感覚および識別性の触覚の消失をきたすとされ，本例では当初，反対側に片麻痺があったが，浮腫の改善とともに消失した。なお，上肢に軽度の顔面麻痺が残ったことから起始部近くの梗塞と推察し，頭部MRAで中枢側で中大脳動脈の途絶を認めた所見と合致した。

【参考文献】脳卒中治療ガイドライン2004

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

病 歴 要 約 (良い例(悪い例を改訂したもの))
【※ここに本内容を端的に表したタイトルを記載すること】

提出 No.	7	分野名	神 経	病院名	○△■病院
患者 I D .	7890123456	入院日	2016 年 4 月 6 日		
患者年齢	65 歳, 性別 男性	退院日	2016 年 5 月 17 日		
		受持期間	自	2016 年 4 月 6 日	
			至	2016 年 5 月 17 日	

転 帰: ☐ 治癒 ☒ 軽快 ☐ 転科(手術 有・無) ☐ 不変 ☐ 死亡(剖検 有・無)
 フォローアップ: ☐ 外来にて ☐ 他医へ依頼 ☒ 転院

確定診断名 (主病名および副病名)

- #1. 左中大脳動脈塞栓症
 #2. 心房細動

【主訴】 意識障害, 右片麻痺, 構音障害

【現病歴】

2016年4月6日朝8時頃, 洗面中に突然, 意識を消失し, 10分間ほど全く反応がなくなった。意識が回復した後, 右上下肢に力が全く入らず, 言葉も出ないことに家人が気づき救急車で搬送された。

【既往歴】 心房細動: 家人の話によれば, 数年前の検診時に指摘されていたが, 精査は受けたことがなかった。

【家族歴】 詳細は不明。

【嗜好歴】 飲酒: 日本酒 6合/日. 喫煙: 40本/日×55年間。

【アレルギー歴】 なし

【内服薬】 なし

【主な入院時現症】

病院到着は同日朝9時30分。意識レベル JCS I-3. 前額部の左右差は無いが, 下部顔面は右側で筋緊張が低下。右半側空間無視, 左共同偏視, 口頭命令に応じて開閉眼は出来るが, 発語は殆ど認められない。構音障害については評価不能。来院時の右上下肢のMMT: 右半身で三角筋4, 二頭筋4, 腸腰筋4, 大腿四頭筋4と軽度不全麻痺を認める。痛覚に対する左右差は無い。NIHSS 7点 (1b. 2点, 2. 2点, 4. 1点, 5 (右上肢). 1点, 6 (右下肢). 1点)。

【主要な検査所見】

血液・生化学検査で特記すべき異常所見はない。凝固系: FDP・Dダイマー 軽度上昇している。脂質: 異常はない。

胸部X線写真: CTR=60%, 肺野に異常はない。

心電図: 心房細動。

心エコー: 左心房拡大を認める。心機能に異常はない。

頸動脈超音波: 軽度動脈硬化性変化を認める。CHADS2スコア=3点。

画像所見: 入院時MRIではDWIで左側頭葉を中心とした部位にMCA領域の1/4程度の淡い高信号域を認めるが, FLAIR/T2では特記すべき所見を認めず, 発症後早期の所見として矛盾しないと考えた。頭部MRAで左中大脳動脈の途絶を認めた。

【プロブレムリスト】

- #1. 左中大脳動脈塞栓症
- #2. 運動性失語
- #3. 右上下肢不全麻痺
- #4. (慢性) 心房細動

【入院後経過と考察】

#1. 左中大脳動脈塞栓症 (右上下肢不全麻痺 + 運動性失語)

入院時、意識レベルはJCS I-3で右半側空間無視、左共同偏視、重度の運動性失語と構音障害を認めていた。また、右上下肢に不全麻痺を認め、NIHSSは7点であった。頭部MRI・DWIで左側頭葉内側を中心とした急性期梗塞がみられ、頭部MRAで左中大脳動脈の途絶がみられた。心房細動があり、心エコー検査で左心房拡大(+), 頸動脈超音波では動脈硬化性変化は軽度で、日中活動時の突然発症を起こしたことから心原性脳塞栓症と診断した。ヘパリン持続点滴、グリセリン、エダラボン、補液で治療を開始し、計7日間継続した。麻痺について、右上肢は空中挙上可で、右下肢も空中挙上可であり、4月11日からリハビリを開始した。その後、右上下肢の麻痺は改善して、退院時には独歩可能となった。運動性失語については言語リハビリを施行するも改善がみられず、簡単な言語理解は可能だが、発語はない(簡単な返事もしくはうなずくだけ)状態が継続していた。

#2. 再発予防について

病院到着時は発症後1時間半と推定され、麻痺の急激な改善を認めたのでt-PAは施行しなかった。再発予防として入院5日目からヘパリン持続点滴に変えてワルファリン内服を開始した。65歳であるため、ワルファリンコントロールの目標はINR=2.0~3.0とし、転院時にはINR=2.3であった。状態の安定を確認した後、2016年5月17日に独歩は可能なレベルになっていたが、失語に対して更なる言語リハビリを目的として回復期病院へ転院とし、引き続きワルファリンコントロールも依頼した。

【退院時処方】

ランソプラゾール (タケプロン) (15 mg) 1T 分1 夕食後

ワルファリンカリウム (ワーファリン) (1 mg) 3.5T 分1 夕食後

【総合考察】

中大脳動脈の皮質枝は眼窩回の外側領域、下前頭回、中前頭回、中心前回と中心後回の大部分、上頭頂小葉、下頭頂小葉、側頭極を含む上側頭回と中側頭回に分布する。左(優位半球)下前頭回(ブローカー野)は言語中枢を担うとされ、ブローカー野が障害されると運動性失語が生じるとされており、本例も当該領域に障害があったと考えられる。また、皮質枝分岐部近くでの梗塞の場合、上肢と顔面に顕著な反対側の片麻痺、反対側の位置感覚および識別性の触覚の消失をきたすとされる。本例では発症時にほぼ完全麻痺を認めたが、spectacular shrinking deficitsが起きて来院時には麻痺の症状が軽減したと判断したが、残念ながら失語は残存したままであった。

脳塞栓は再発することが非常に多いが、この症例のようにCHADS2スコアが3点の場合、年間の脳梗塞発症率は約6% (Gape BF. JAMA 2001;285:2864)とも言われている。そのためワルファリンもしくは新規経口抗凝固薬(NOAC)による再発予防が必須である。この症例も今後長期にわたる再発予防策を必要とするが、それ以外の生活習慣(飲酒・喫煙)に対する改善も必要であり、かかりつけ医をきちんと持ってフォローしてもらうように本人及び家人へ説明した。

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

病歴要約（悪い例）

提出 No.	8	分野名	膠原病	病院名	○△■病院
患者 I D .	8901234567	入院日	2015 年 11 月 7 日		
患者年齢	38 歳, 性別 女性	退院日	2016 年 1 月 16 日		
		受持期間	自	2015 年 12 月 1 日	
			至	2016 年 1 月 16 日	

転 帰: ☐ 治癒 ☒ 軽快 ☐ 転科(手術 有・無) ☐ 不変 ☐ 死亡(剖検 有・無)
 フォローアップ: ☒ 外来にて ☐ 他医へ依頼 ☐ 転院

確定診断名（主病名および副病名）

- #1. 成人Still病（以下，AOSD）
 #2. 血球貪食症候群（以下，HPS）疑い

【主訴】発熱

【現病歴】

2015/10/25に39℃の発熱，関節痛のため，近医を受診，インフルエンザ陰性であった。風邪薬を処方された。10/26に再度受診，再度インフルエンザを再検したが陰性。フロモックスを処方された。発熱はよくなり，10/30当院救急外来受診。採血上WBC，CRPの上昇を認めたため，胸腹部CTを施行したが明らかな感染を特定できず，ジェニナックを処方され帰宅。しかしその後も発熱が遷延するため他医を受診。不明熱精査目的に当院当科紹介受診。抗菌薬への反応性に乏しい経過であり，採血上フェリチンが上昇しており，AOSDが考えられ11/7入院となる。

【既往歴】蕁麻疹：原因不明

【生活社会歴】喫煙：Ex smoker，alcohol：摂取せず，Allergy：食物，薬物明らかなものはなし。

【家族歴】特記事項なし

【主な入院時現症】

BT 38.8℃：HR 95 bpm. 意識：清明。頭頸部：眼球黄染なし，眼瞼貧血はなし，リンパ節触知せず。Chest：no rale，no murmur. 腹部：平坦，軟，圧痛なし。関節：手，足に疼痛あり。指：ok. 四肢：体幹に紅斑。

【主要な検査所見】

・肝障害（AST 73 IU/L，ALT 56 IU/L，LDH 450 IU/L）・腎機能障害なし・高フェリチン血症（11,659 ng/mL）・CRP上昇（15.8 mg/dL），WBC 9700/μL。

【プロブレムリスト】

- #1. AOSD
 #2. HPS疑い

【入院後経過と考察】

#1. 入院後、AOSDやHPSを疑い、精査開始。明らかな熱源が認められず、悪性腫瘍もなく、抗菌薬反応もないことを確認した上でステロイドを導入。（経過中にマルクを施行したところ血球の貪食像を認めたが、採血上は血球の減少を認めず、反映はしていないだけで高サイトカイン血症によるものと判断）11/10からプレドニゾロン 40 mgでの加療を開始したが、経過中に発熱を認め、ステロイド不足も疑われたため11/16からプレドニゾロン 60 mgに増量し分割投与。60 mgまで増量したが、CRPは高く、カンファレンスで相談した結果、シクロスポリンを導入することとなる。11/21からシクロスポリン 100 mg/dayでの加療を開始したが、血中濃度の上昇が思わしくなかったため、シクロスポリン 150 mg/dayに増量。血中濃度を確認しつつ調整をしたところ発熱、炎症反応の改善を認めたため、徐々にプレドニゾロンを減量。その後もプレドニゾロンを減量していき、プレドニゾロン 35 mgとシクロスポリン 150 mgで退院となった。

#2. 血球の貪食像を認めた。病態としては高サイトカイン血症によるものが疑われた。FDPの上昇、フィブリノーゲンの低下も認められ、DICの合併も疑われ、原疾患のAOSDの加療としてのステロイドの導入を急ぐことで対応とした。

【退院時処方】

プレドニゾロン 35 mg 2×(25-10-0)、シクロスポリン 150 mg 2×朝夕食後、
エルデカルシトール 0.75 μg 1×朝。

【総合考察】

成人Still病は、若年性特発性関節炎の全身型（Still病）と同様の病像が成人に発症したものである。1971年、Bywatersにより一つの疾患単位として初めて記載された。高熱、多関節痛および皮疹が特徴的で、その他、肝障害やリンパ節腫脹などの臓器病変を伴う原因不明の全身炎症疾患である。重症となるとHPSを合併することがある。発症は20～40歳代の比較的若年成人に多い。これまでのところ明確な証拠や特定できる病原体は明らかにされていない。免疫学的機序が関与していると考えられているが、現在のところ、関連した自己抗体や自己反応性リンパ球は同定されていない。リウマトイド因子や抗核抗体は陰性である。本疾患の病態形成に重要な役割を演じているのは、炎症性サイトカインであると考えられている。従来から報告のある血清中のインターフェロン-γ、インターロイキン-6、TNF-α、マクロファージコロニー刺激因子、IL-8等の増加に加え、最近では特にIL-18は産生の著名な亢進が注目されている。IL-18は活性化マクロファージによって産生され、他の炎症性サイトカインを誘導することからAOSDの病態形成に最も中心的な役割をなすサイトカインであると考えられている。また、本疾患の血清中に著増するフェリチンの産生細胞もマクロファージや組織球である。これらのことから、本疾患の特徴的な症状や病態形成に主役を演ずるのは活性化マクロファージ、およびそれにより産生されるサイトカインであると考えられる。治療としては軽症例ではNSAIDsのみで軽快することもあるが、通常ステロイド投与が必要となることが多く、ステロイドの減量が困難な場合、ステロイド抵抗性の場合には免疫抑制剤が考慮される。本症例にはシクロスポリンを使った。妊娠希望であったが、シクロスポリン導入の際には妊娠が困難となる旨（奇形児の発生リスク上昇）を説明し、泣く泣くではあるが同意を得られた。

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

病歴要約（良い例(悪い例を改訂したもの)）

【※ここに本内容を端的に表したタイトルを記載すること】

提出 No.	8	分野名	膠原病	病院名	○△■病院
患者 I D .	8901234567	入院日	2015 年 11 月 7 日	退院日	2016 年 1 月 16 日
患者年齢	38 歳, 性別 女性	受持期間	自 2015 年 12 月 1 日	至	2016 年 1 月 16 日

転 帰: ☐ 治癒 ☒ 軽快 ☐ 転科(手術 有・無) ☐ 不変 ☐ 死亡(剖検 有・無)
 フォローアップ: ☒ 外来にて ☐ 他医へ依頼 ☐ 転院

確定診断名（主病名および副病名）

- #1. 成人Still病
 #2. 血球貪食症候群

【主訴】発熱

【現病歴】

2015年10月25日に39℃台の発熱，全身の関節痛のため近医を受診した。インフルエンザ検査を受けたが陰性であった。風邪薬（詳細不明）を処方されたが，発熱は軽快しなかった。10月26日に再び近医を受診した。再度インフルエンザ検査を受けたが陰性であった。セフカペンピボキシル塩酸塩を処方された。その後も発熱が続いたため，10月30日に当院救急外来を受診した。血液検査にて感染症が疑われ胸・腹部CT検査を受けた。感染症と診断されなかったが，メシル酸ガレノキサシン水溶物を処方され，経過をみるようにと説明された。しかし発熱は持続した。他医に当院当科への受診を勧められ，11月7日当院当科へ入院となった。

【生活歴】喫煙：10本/日×16年（20歳～36歳），飲酒：摂取しない。

【主な入院時現症】

身長 160 cm, 体重 50 kg. 体温 38.8℃. 脈拍 95/分, 整. 血圧 134/82 mmHg. 頭頸部：リンパ節腫脹を認める。胸部：聴診上，肺野ではラ音を聴取せず，心音に異常はない。腹部：平坦，軟で，肝・脾は触知しない。四肢：右手関節，両膝関節，両足関節に圧痛と腫脹を認める。皮膚：四肢，体幹に広がる癒合性のある紅斑を認める。神経学所見：異常はない。

【主要な検査所見】

尿所見：蛋白（－），潜血（－）。血液所見：赤血球 472万/μL, Hb 13.0 g/dL, Ht 37.5%，白血球 9,700/μL (NE 91.7%，LY 5.4%，MONO 2.4%，EOS 0.5%)，血小板 8.9万/μL, PT 82%，APTT 33秒, Fib 456 mg/dL, FDP 15 μg/mL. 血液生化学所見：TP 6.8 g/dL, Alb 3.2 g/dL, フェリチン 11,659 ng/mL, BUN 18 mg/dL, Cr 0.68 mg/dL, AST 73 IU/L, ALT 56 IU/L, LD 450 IU/L. 免疫血清学所見：CRP 15.8 mg/dL, ANA陰性, RF陰性, C-ANCA<1.0 E・U, P-ANCA<1.0 E・U.

骨髓病理：マクロファージの増生，血球貪食像を認める。

胸部X線写真：肺野に異常影はない。心拡大はない。肋骨横隔膜角は鋭。

心電図：異常所見はない。

胸・腹部CT：腋窩，縦隔，肺内リンパ節の腫大を認める。肝・脾腫を認める。

【プロブレムリスト】

- # 1. 成人Still病
- # 2. 血球貪食症候群

【入院後経過と考察】

1. 山口の分類基準のうち、大項目3つ（発熱、関節痛、定型的な皮疹）、小項目2つ（肝機能障害、リウマトイド因子陰性と抗核抗体陰性）と5項目を満たした。フェリチンも11,659 ng/mLと著増していた。白血球増加は認めなかったが、血球貪食症候群の影響で、みかけ上、正常値になっていると判断した。除外項目の①感染症、②悪性腫瘍、③膠原病に関しては、①画像検査において細菌感染を疑わせる所見は得られず、血液培養も陰性。抗菌薬も無効であったことから細菌感染は否定的であった。真菌感染に関しては画像所見の異常は認められず、 β -D-グルカンも陰性であることから否定的であった。ウイルス感染に関しては、血球貪食症候群を伴っていることからウイルス関連血球貪食症候群も鑑別に挙げ、各種ウイルス抗体価を検討したが、いずれも陰性あるいは既感染パターンであった。②悪性腫瘍は、CTで腫瘍を疑う所見は認めなかった。上部・下部消化管内視鏡においても異常所見はなかった。③膠原病は、血管炎とSLEを中心に鑑別をした。血管炎に関しては、ANCAが陰性で、血管炎を疑わせる臓器病変も認めないことからANCA関連血管炎は否定的であった。大動脈炎を疑わせるような画像所見の異常も認めなかった。SLEは抗核抗体陰性であり、分類基準も満たさなかった。以上より成人Still病と診断した。

2. 自己免疫関連血球貪食症候群の診断基準である熊倉の診断基準において、血球減少（血小板 8.9万/ μ L、白血球は入院後9,700/ μ Lから3,700/ μ Lへ低下）、骨髓検査にて血球貪食像を認め、成人Still病は活動期であり、基本項目を満たした。11月10日よりプレドニゾロン〈PSL〉40 mg/dayを開始したが、CRP 11.0 mg/dLと高値が続いたため、11月16日よりPSL 60 mg/dayに増量した。しかし、CRPの高値は続き、11月21日の検査においてフェリチンの増加（33,696 ng/mL）も続いた。また、フィブリノゲンの低下（150 mg/dL）、FDPの増加（30 μ g/mL）も認め、DIC傾向と判断をした。成人Still病のコントロール不良を考え、同日シクロスポリン〈CyA〉100 mg/dayを開始した。その後、150 mg/dayまで増量し、血中濃度を120～140 ng/mLで維持した。これにより炎症反応、DIC傾向は改善した。PSL 35 mgまで減量し、再燃がないことを確認し退院となった。

【退院時処方】

プレドニゾロン 35 mg 2×(25-10-0)、シクロスポリン 150 mg 2×朝夕食後、
エルデカルシトール 0.75 μ g 1×朝

【総合考察】

成人Still病は重症化し、血球貪食症候群やDICを合併することがある。ステロイド大量療法に抵抗する場合、CyA療法(Mitamura M. Mod Rheumatol 2009;19:57)やシクロホスファミド療法を実施する。本症例はCyA療法が奏効した。本症例は妊娠希望であったがCyA療法を行った。CyAは添付文書では妊娠時禁忌となっている。今回の病態を改善できる薬で、妊娠時にも安全に使える他の薬は無いことを説明し、同意を得られた。ただCyAは妊娠中でも使用継続が不可欠である臓器移植後の患者での妊娠・出産の報告は多く、比較的安全であるという意見もある(Bar Oz B. Transplantation 2001;71:1051)。日本産科婦人科学会の診療ガイドラインにおいても、CyAは特定の状況下では妊娠中であっても投与が必須もしくは推奨されるとされている。今後CyAを中止できるかは現時点では不明であるが、しばらく治療をしてみて、妊娠を望むなら、その時点でもう一度主治医と相談するようにと説明をした。

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

▶ 試験問題の出題方式・合否判定について

▼ 試験問題の出題方式

1. 問題の種類

- ▷ 一般問題：内科の10分野について、専門的であっても必須の知識や判断力を問う問題
- ▷ 臨床問題：年齢、性別を記載して実施形式で症例を示し、設問に答える問題

2. 問題の範囲

出題範囲は「日本内科学会資格認定試験出題基準」と「認定医制度研修カリキュラム」に準拠するものとし、出題内容は原則として「標準的内科学教科書」、「日本内科学会雑誌」、「内科救急診療指針2016」および「コモンディジーズブック」に掲載されている内容とします。

3. 解答形式：単純択一形式（Aタイプ）と多真偽形式（X2タイプ）

▼ 合否判定

- ▷ 筆記試験の「総合得点」と「分野毎の得点」および「病歴要約の評価」の総合成績により行います。

※ 1. 病歴要約の評価結果のみで不合格となります（教育責任者に結果を連絡します）ので、注意して作成してください。

※ 2. 試験問題の持ち出し等があった場合は不合格とします。

※ 3. 経歴詐称や症例の不正が認められた場合は処分いたします。

罰則規定：不正の状況等を鑑み、下記①～③のいずれかの罰則を科すこととする。

① 当該年度不合格

② 当該年度不合格 且つ 複数年再受験不可（1 ～ 5年間再受験不可）

③ 当該年度不合格 且つ 受験資格を永久剥奪