



病歴要約 評価について

『病歴要約 評価の手引き』より
日本内科学会 事務局 作成

病歴要約評価の位置付けとその目的

受験資格の一つである。経験した症例の病歴要約の提出を求め、それが承認された場合、MCQ試験受験に進むことができる。

以下について評価する

- ・ 担当医としてどのような症例を経験したか。
- ・ その患者をどのように診断し、治療したか。
- ・ その症例を通じて何を学んだか。

内科医に求められる資質を評価する

疾患の診断や治療のみならず、患者を一人の人間として付き合うことでもあり、出会いから退院、あるいはその後にいるまでの長いかかわりが重要である。

形成的評価を行う

- ・ どのくらい専門分野的に優秀かの評価ではない。
- ・ 内科専門医として相応しい、達成すべきレベルに至るよう促す。

病歴要約作成と評価の理念

◆ 以下について明示すること

- ・ 初診時から退院、あるいは外来での経過観察時におけるかかわりの描写
- ・ 疾患に対する科学的なアプローチの方法論
- ・ その患者との人としての関わり
- ・ その患者から何が学び取られたかの考察

病歴要約作成と評価の理念（続き）

- ◆退院後あるいは外来で経過観察していく中で、他の担当医にも伝わるように作成を心掛ける。
 - ・ その患者の初診から入院に至るまでの経緯や診断
 - ・ 治療内容さらには未解決課題など

病歴要約作成と評価の理念（続き）

- ◆ 以下のように研修の様子や姿勢が浮き彫りになるような配慮を求める。
 - それぞれの*subspecialty*において研修した代表的な症例
 - 診断や治療に難渋した症例
 - 教訓を得た症例

病歴要約作成と評価の理念（続き）

- ◆ 以下について明瞭に記載されているかどうか問われる。
 - ・ どのような情報をもとに、どのように診断・治療して、どのような転帰になったか。
 - ・ 基本的、必須項目が（否定要件も含めて）選択され、記載されているか。
 - ※ 初診時あるいは入院時の所見、検査の全てを網羅的に記載する必要はない。

病歴要約作成と評価の理念（続き）

- ◆ 以下が評価の対象となる。
 - それぞれの病態について、必要十分な情報が論理的に、且つ正確に記載されているか。
 - 第三者が一読することで、その症例を理解できるか。
 - *subspecialty*の知識を十分に有していて、その上で患者の病態の全体像を捉えられているか。
 - 医療の継続性に配慮しているか。

病歴要約作成と評価の理念（続き）

◆ その他

- 診療に取り組んでいる態度がどれだけ濃密に描かれているか。
- ただ仔細なデータが書いてあれば良いというものではない。
- 生活社会歴やパーソナリティ、患者の個々の事情など、全人的な視点で俯瞰しながら、優先順位をどうつけ、問題解決していったか。

病歴要約 新制度のポイント

《現制度 と J-OSLERを使用した新制度 との相違（改善）点について》

① 形成的評価

合否判定
基準の1つに
含まれてい
る。

現制度

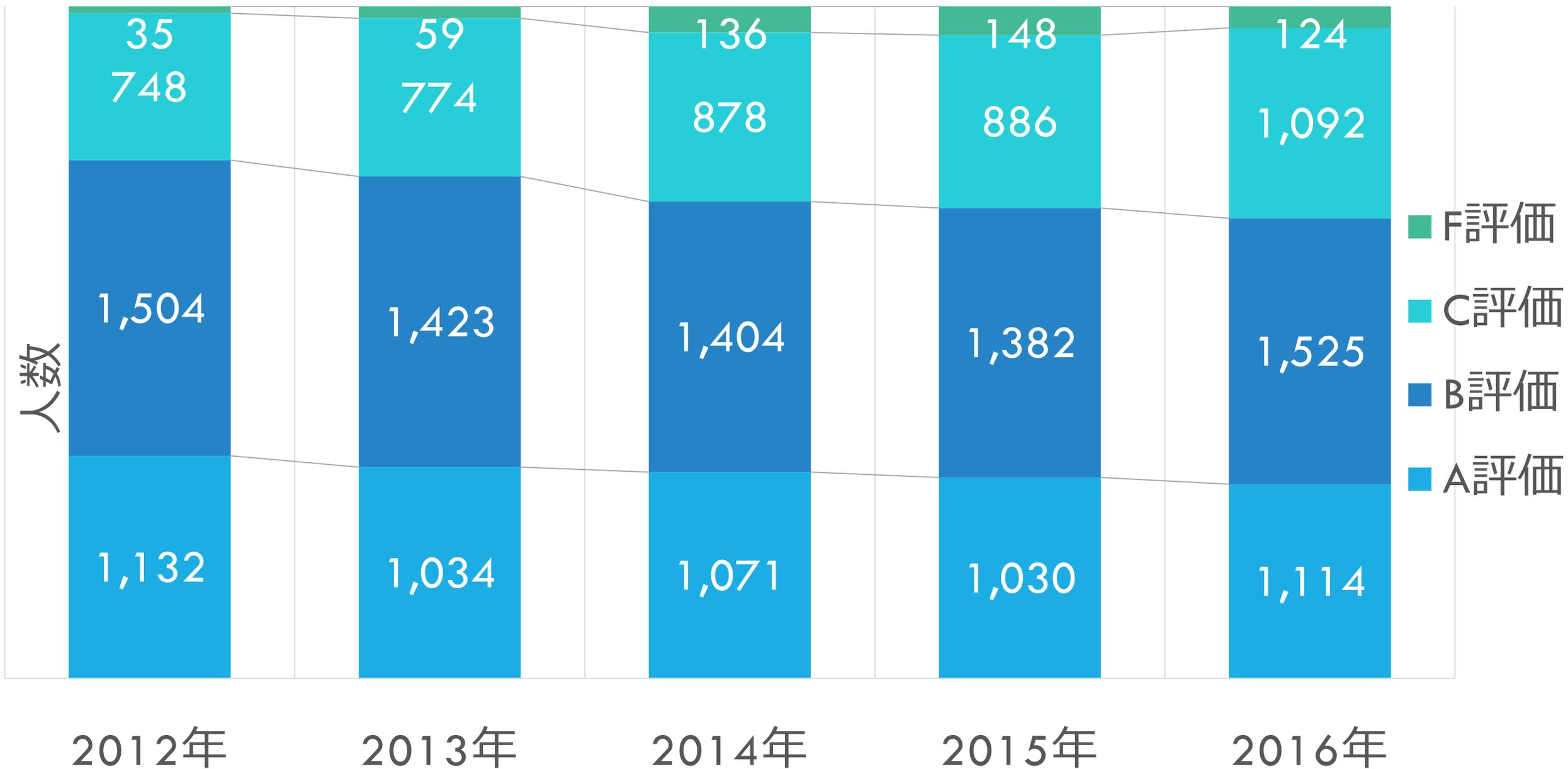
病歴要約が不
合格となり、試験
に落ちる方が例
年約100名程度
いる。

問題点

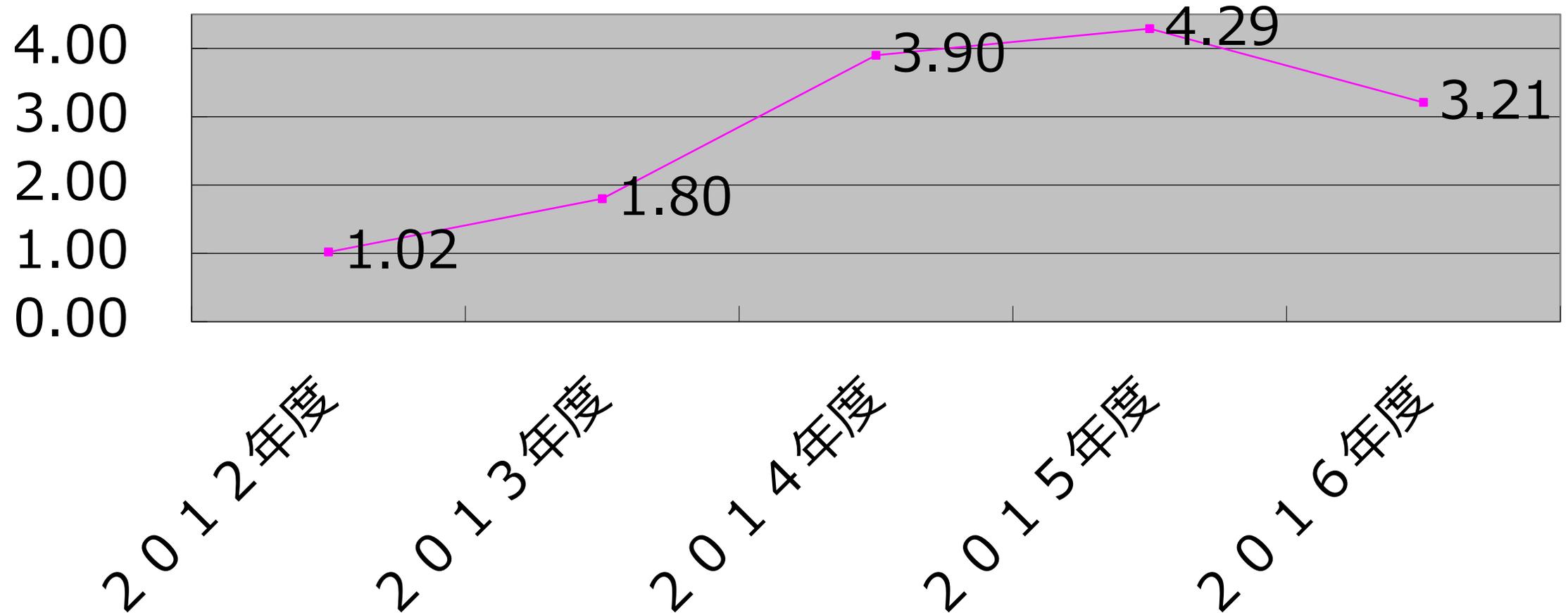
受験資格の一つとな
る。提出した病歴要
約についてより良い
ものに導くことがで
きる。

J-OSLERを使用すると

《参考》 認定内科医試験 評価毎の人数の推移



《参考》 認定内科医試験 全受験者中の不合格者の割合 (%)



病歴要約 新制度のポイント（続き）

《現制度 と J-OSLERを使用した新制度 との相違（改善）点について》

② 担当指導医による病歴要約評価

教授および教育責任者に集中してしまう。

現制度

病歴要約の中身（内容）まで確認ができない（その時間的余裕がない）

基本的なミスが修正されておらず、不合格となる確率が上がる。

問題点

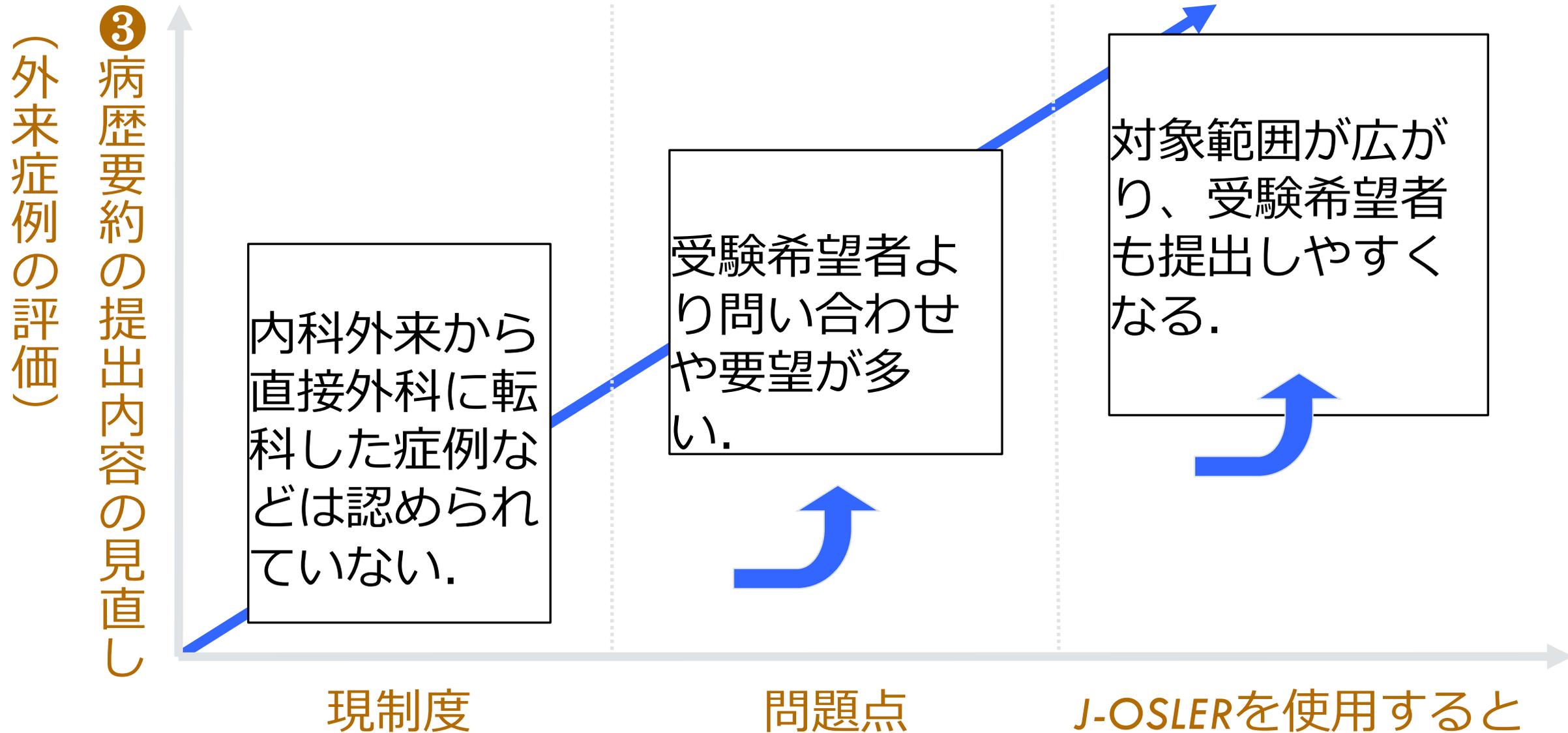
教授や教育責任者お一人に集中しない。

また、専攻医から評価依頼が届いた都度、行えばよい（全症例を一度に評価しなくてよい）

J-OSLERを使用すると

病歴要約 新制度のポイント（続き）

《現制度 と J-OSLERを使用した新制度 との相違（改善）点について》



病歴要約 新制度のポイント（続き）

《現制度 と J-OSLERを使用した新制度 との相違（改善）点について》

④ J-OSLERをツールとして用いる
J-OSLERのフォーマットの整備

様式が数種類存在している。
プロブレムリストがない様式でも提出が認められていた。

現制度

評価委員からプロブレムリストの記載を必須にすべきとのご意見もあった。

問題点

どのような症例でも同一の様式で、指定された一定のスペースの中に記載することが求められる。

J-OSLERを使用すると

日本内科学会 資格認定試験

病歴要約における個人情報の取り扱いについて

平成29年5月30日より改正個人情報保護法が施行されたことに伴い、ご不安をお持ちかもしれません。

これを受け、平成29年10月25日付で一般社団法人 日本医学会連合から通知されました文書では、『各学会が行う専門医のデータベースの場合も含め学術研究の用に供する場合は、改正個人情報保護法においても、従前の規定の通り第三者提供の制限等の同法第4章の規定の適用が除外されることについては、個人情報保護委員会事務局と確認済みである』と記載されております。

日本内科学会は資格認定試験を始め、各種学会活動におきまして個人情報の取り扱いをこれまでどおり配慮しながら取り組んでいくこととしております。

当局との確認のもと、本会資格認定試験における受験書類の提出（病歴要約の作成）にあたっては、次記のとおり、これまでと同様にご対応の程、宜しくお願いいたします。

《本会 資格認定試験 出願書類における患者個人情報の保護について》

※患者個人情報への配慮が欠けている病歴要約については、*Revision*といたします。

◆患者氏名（イニシアル）・生年月日・住所・連絡先等は記載しない。また、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『近医』などと記載する。

●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。

変換された患者IDコード表は、貴病院長の責任の下、教育責任者および診療記録管理室で確実に保管していただき、本会からの問合せに応じて照合できるようにしていただきますようお願いいたします。

病歴要約を査読し評価する委員の先生方に対して、くれぐれもWeb上での個人情報データ（専攻医および患者）流出をきたさぬように注意を徹底いたします。引き続きご理解の程よろしくお願い申し上げます。

病歴要約を作成する上でのチェックポイント

記述様式

POS (Problem Oriented System) 方式の病歴要約を作成する。

タイトル

その内容を端的に表したタイトルを記載する。

例：るいそうと発作性の股関節痛から想起できた閉鎖孔ヘルニアの一例

病歴要約を作成する上でのチェックポイント（続き）

患者情報など

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する。

※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。

※患者IDは照合のため施設のIDとするが、施設で責任をもって管理する限りにおいては連結可能な独自のIDを用いても構わない。

病歴要約を作成する上でのチェックポイント（続き）

確定診断名

- ◆ 略語は用いない.
- ◆ 入院中（あるいは外来通院中）の重症度・重要性に従い、主病名を1に記載する.
- ◆ 2以下に副病名、合併症を主要なものに限り記載する.

病歴要約を作成する上でのチェックポイント（続き）

病 歴

- ◆主病名について記載する.
- ◆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する.
- ◆既往歴、家族歴、生活歴等は全てを記載する必要はない.
- ◆プロフィールや職業が重要な場合は記載する.

※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）

病歴要約を作成する上でのチェックポイント（続き）

入院時現症（外来診察時現症）

不必要なものは減らして、要領よくまとめる。

病歴要約を作成する上でのチェックポイント（続き）

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ない。（一般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、特殊検査は然るべく記載する。

（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する）。

※一般的な略語は使用してよい。

病歴要約を作成する上でのチェックポイント（続き）

画像診断

経過図、検査等一覧表は必要に応じて挿入してよいが、それが症例の理解に役立ち、明瞭に読み取れるものに限る。

病歴要約を作成する上でのチェックポイント（続き）

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ある。

従って、初診時に得られる、問診での問題点、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ある。

※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良い。

病歴要約を作成する上でのチェックポイント（続き）

入院後経過（外来診療中の経過）と考察

特殊検査等を含む診断とその根拠、治療とそのエビデンスおよび転帰について記載する。

考察は主病名を中心にその重症度、診断および治療法選択における妥当性を簡潔に議論する。

※【入院後経過】と【考察】はそれぞれをプロブレム、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わない。

※ 外科紹介症例については手術所見を含めて考察すること。また、剖検症例については剖検所見を含めて考察すること。

病歴要約を作成する上でのチェックポイント（続き）

文献

EBMを重視し、症例に適した原著論文、ガイドライン、レビューなどを引用し、**必ず文中に記載する。**

※ 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る。

引用形式：（Abe S. JAMA 1997 ; 278 : 485）（工藤翔二. 日内会誌 2006 ; 95 : 564）

※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)

病歴要約を作成する上でのチェックポイント（続き）

退院時処方（最終診察時の処方）

薬剤名は一般名で記載する。なお、一般名の後に括弧書きで商品名を記載してもよい。

病歴要約を作成する上でのチェックポイント（続き）

総合考察

主病名を中心にその重症度、副病名との関連について言及し、診断および治療法選択における妥当性を簡潔に議論する。

さらに最後には患者を全人的に捉えた『総合考察』を必ず記載する。

そこでは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。

※総合考察では、単に症例の感想を述べるのではなく、症例を客観的に評価することができているかどうか評価される。

評価項目

1. 基本的記載（評価の比率：20/100）

- ◆病歴要約の記述が本作成の手引きに従っているか。（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。（1項目1点減点、20点まで）
- ※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。

評価項目（続き）

1. 基本的記載の続き

- ◆ 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。
（不適切な箇所が見つかった場合はRevision）
- ◆ 病歴要約がPDF版のA4 2ページに収まり、かつ紙面（PDF版）の80%以上を埋められているか。

2. 症例選択の適切さ（評価の比率：25/100）

- ◆ 提出分野の主病名であるか。（副傷病名は認めない）

評価項目(続き)

3. 診断プロセスは適切か (評価の比率: 15/100)

- ◆ 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)

評価項目(続き)

4. 治療法は適切か (評価の比率: 15/100)

- ◆ 治療薬は一般名で記載しているか。 (商品名のみの記載は認めない)
- ◆ 診断名に対して適切な治療法であるか。
- ◆ 入院後の経過 (外来症例の場合は、外来受診毎の経過) 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。

評価項目（続き）

5. 十分に考察されているか（評価の比率：15/100）

◆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.

評価項目(続き)

6. 倫理的妥当性 (倫理的配慮) (評価の比率: 10/100)

- ◆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.

プログラム内での担当指導医による評価について

1. 基本的記載
2. 症例選択の適切さ
3. 診断プロセスは適切か
4. 治療法は適切か
5. 十分に考察されているか
6. 倫理的妥当性（倫理的配慮）



ここにチェックしていただくようになります。

『例示する』とは？

チェック項目		
1. 基本的記載	①病歴要約の記述が本作成の手引きに従っているか（項目は脱落していないか）。	—
	②記載に際して、誤字・脱字、検査データ等の転記ミス、文章表現の誤りなどはないか。	—
	③医学的不整合性、基本的誤りまたは不備などはないか。	—
2. 症例選択の適切さ（病歴要約）	④記載に際して、誤字・脱字、検査データ等の転記ミス、文章表現の誤りなどはないか。	—
	⑤医学的不整合性、基本的誤りまたは不備などはないか。	—
3. 診断プロセスの適切さ	⑥診断プロセスが適切であるか。（副傷病名は認めない。）	—
	⑦診断プロセスが適切であるか。	—
4. 治療法の適切さ	⑧治療法が適切であるか。	—
	⑨治療法が適切であるか。	—
5. 十分に考察されているか	⑩十分に考察されているか。	—
	⑪十分に考察されているか。	—
6. 倫理的妥当性（倫理的配慮）	⑫倫理的妥当性（倫理的配慮）が適切であるか。	—
	⑬倫理的妥当性（倫理的配慮）が適切であるか。	—

『例示する』をクリックすると
該当項目のご参考となる部分が
表示されます

悪い例 before

良い例 after

血液

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。

現病歴

2016年7月に左頸部の3 cm位の無痛性腫脹に気付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。

プログラム外での査読委員による二次評価について

まず提出症例が規定の分野に則っているかを確認してください。

もしも提出症例がある特定の分野に偏っている場合には、当該専攻医に対して提出症例の再考を促すようお願いいたします。

二次評価では次記 6つの評価項目の点数を参考にし、*Accept*、*Revision*、*Reject*の3段階で症例毎に評価するようになります。

全29症例の評価終了後、当該専攻医に対して評価の内訳 (*Accept*、*Revision*、*Reject*) をメールで通知していただくようになります。

プログラム外での査読委員による二次評価について（続き）

※*Revision*（リミットは3回）とする例について※

- 評価項目を総合的に判断して*Accept*基準を満たしていない。
- 紙面（*PDF*版）の80%以上を埋めておらず、考察が十分に記載されていない。
- 患者個人情報への配慮が欠けている。

プログラム外での査読委員による二次評価について（続き）

※*Reject*（当該症例の差し替え＝別の経験症例での再提出）とする例について※

- ・ その分野の主病名として妥当でない。（明らかに副病名である）
- ・ 規定の条件を満たしていない。
（外科紹介例ではあるが、外科において外科的治療は行われなかった、
剖検例として提出されているが、生前受け持っていなかった など）

③ 診断プロセスは適切か

① 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。

悪い例

※記載が不十分※

【現病歴】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。

【既往歴】心房細動



良い例

【現病歴】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。

循環器

③ 診断プロセスは適切か

② 経過, 身体診察の記載は充分であるか.

悪い例

【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/VI). 両肺野; 湿性ラ音を聴取.

良い例

【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 III 音と全収縮期雑音 (Levine III/VI) 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.

血液

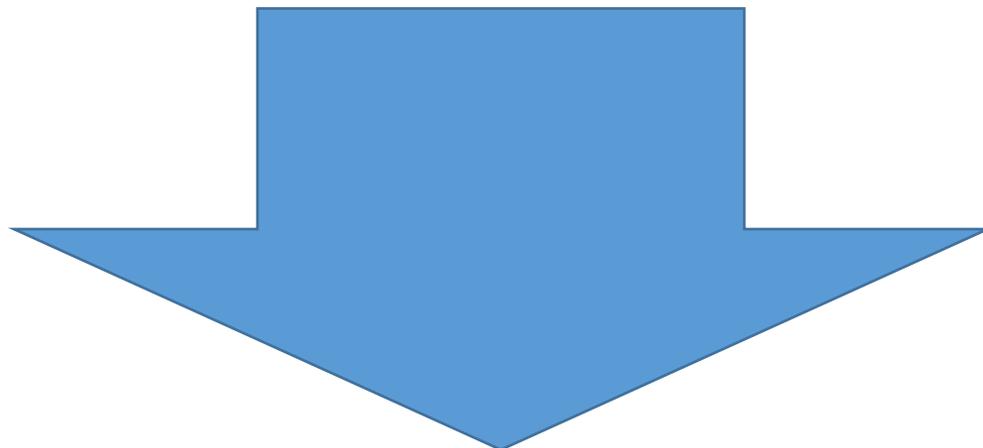
③ 診断プロセスは適切か

③ 診断に必要な検査の記載は充分であるか.

悪い例

※LDは記載が必要. 他にも注目すべき検査結果（可溶性IL-2受容体, フェリチンなど）は記載するべき. 骨髄検査所見も記載が必要. HBVについての検査結果も記載することが望ましい※

【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.



【主要な検査所見】尿所見；タンパク (-) , 潜血 (±) . 沈渣；異常はない. 血液所見；赤血球 420万/ μ L, Hb 12.5 g/dL, MCV 86.5 fl, 網赤血球 11%, 白血球 6,600/ μ L (Seg 55.0%, Stab 1.0%, Ly 35.0%, Mono 6.0%, Eo 3.0%) , 血小板 18万/ μ L, PT-INR 0.92, APTT 34.9秒, 血漿フィブリノゲン 499.0 mg/dL, Dダイマー 1.0 μ g/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, AST 12 U/L, ALT 8 U/L, LD 145 U/L, ALP 241 U/L, BUN 9.5 mg/dL, 尿酸 3.5 mg/dL, Na 141 mEq/L, K 3.7 mEq/L, Cl 102 mEq/L, 可溶性IL-2受容体 1,930 U/mL . 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. 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/ μ L, 巨核球 62.4/ μ L, 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].

③ 診断プロセスは適切か

④ 診断に必要な画像所見の記載は充分である
か

悪い例

※急性期脳梗塞と分かる記載になっていない、心房細動に関連した検査がなされていない※

【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。

良い例

【主要な入院時検査所見】頸動脈エコー：軽度動脈硬化性変化を認める。CHADS2スコア=3点。

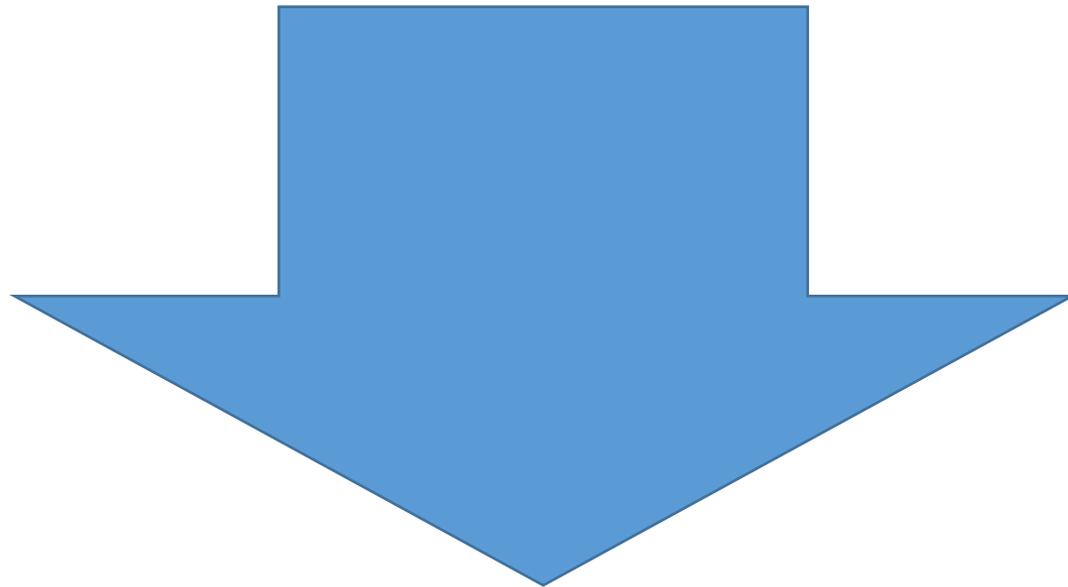
画像所見：入院時MRIではDWIで左側頭葉を中心とした部位にMCA領域の1/4程度の淡い高信号域を認めるが、FLAIR/T2では特記すべき所見を認めず、発症後早期の所見として矛盾しないと考えた。頭部MRAで左中大脳動脈の途絶を認めた。

⑤ 鑑別診断については十分記載されているか。

悪い例

【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を得られ、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。



良い例

【入院後経過と考察】

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の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) .

④ 主病名の治療について記載が充分であるか.

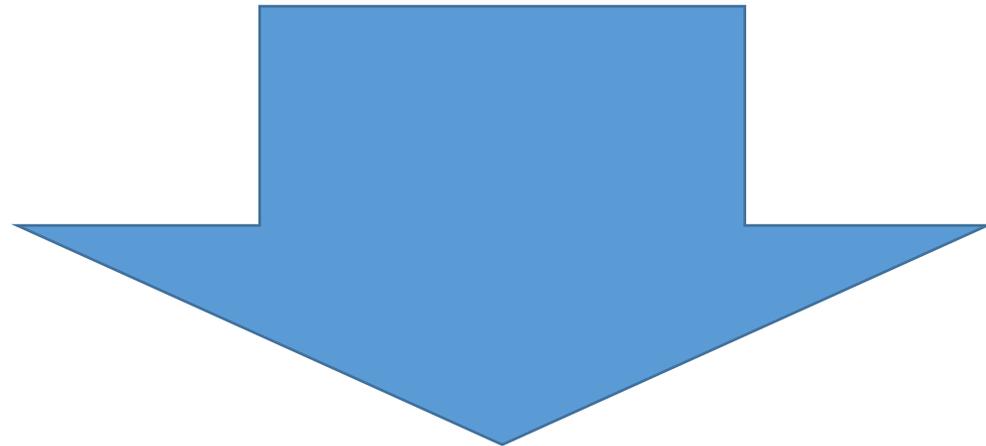
悪い例

※治療内容をきちんと記載する※

【入院後経過と考察】

1. 左中大脳動脈塞栓症

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。



良い例

【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）

心房細動があり、心エコー検査で左心房拡大(+), 頸動脈エコー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、右上肢は空中拳上可で、右下肢も空中拳上可であり、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。

- ⑤ 十分に考察されているか
① EBMを重視しているか。

※文献を引用しているが、診療においてEBMが考慮されたと思わせる記載がない※

【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。

(PfreundschuhM(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。

※引用文献は適切と考えるが、考察はなされておらず記載事項は不十分である※

【入院後経過と考察】

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.

血液

⑥ 倫理的妥当性（倫理的配慮）

④ 患者を全人的視野で診療しているか。

悪い例

※不十分であり、且つ論理的と言えない。『総合考察』が全くなされていない※

【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。本症例でもリツキサンを追加して化学療法を行った。

良い例

【総合考察】 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，日常生活を行いつつ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pegfilgrastim投与を考慮していいと考える。