

申請日 令和 年 月 日(様式 1-1 と同じ)

ケースレポート (第 症例) () 字

1. 申請者の氏名 (自筆署名)
2. 当該ケースレポートを実務経験した医療機関名
3. 2の所在地住所 都道府県 市・郡・区
4. 患者の氏名、性別、生年月日
氏名のイニシャル () 性別 男・女 生年月日 年 月 日生
主治医あるいは担当医になった時の患者の年齢 歳 月
5. 診断病名圏 ①統合失調症圏 ②躁うつ病圏
③中毒性精神障害 (依存症に係るものに限る。) ④児童・思春期精神障害
⑤症状性又は器質性精神障害 (老年期認知症を除く。) ⑥老年期認知症
6. ケースレポートの対象とする入院形態及び当該入院形態に係る入退院年月日
※ 該当する全ての入院形態について、入院形態ごとに入院退院年月日を下記に記載すること。
(入院形態・・・「措置入院」、「医療観察法入院」、「医療保護入院」、「任意入院」のいずれか)
入院年月日 年 月 日 入院形態 ()
退院年月日 年 月 日
入院年月日 年 月 日 入院形態 ()
退院年月日 年 月 日
7. 6のうち、主治医あるいは担当医になった期間
年 月 日 ~ 年 月 日
8. 転院による診療の終了 (退院) の有無 (有・無)
有の場合の転院先 (病院名) 転院先の入院形態 () 入院・他科入院
9. 指導を行った精神保健指定医
(1) 指導を行った精神保健指定医の確認
指定医氏名 指定医番号
指導期間 年 月 日 ~ 年 月 日
※ 指導期間は、7. の期間と一致すること。当該期間における指導医が複数いる場合は
全ての指導医について記載すること。
- (2) ケースレポートの証明
このケースレポートは、私が常勤として勤務した 2 の医療機関 において、上記期間中私の
指導のもとに診断又は治療を行った症例であり、内容についても、厳正に確認したこと
を証明します。
所属機関名 所属機関の住所
指導医署名 (自筆署名)