|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CPC（臨床病理検討会）レポート** | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| 採　用　年　度　・　コ　ー　ス | | Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・Ⅴ コース（○印を付けてください。） | | | | | | | | | |
| 研　修　医　氏　名 | |  | | | | | | | | | |
| 研　修　病　院　名 | |  | | | | | | | | | |
| 提　出　年　月　日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| 生 成 系 GPT （ChatGPTを含む） の 利 用 | | | | | 無　　・　　有 | | | | | | |
| ＊『 有 』 の場合、考察の欄に記載すること  ①質問内容　②それに対するChat GPTの答えをそのまま転記　③それに加えた自分の考察を分かるように記載 | | | | | | | | | | | |
| 考察の評価ができる病理専門医研修指導医資格者に提出  評価者確認欄 | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |
| 病　理　解　剖　指 導　医　師　名 | |  | | | | | | 確認印 |  | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |
| （評価コメント） | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |
| 概略評価　　　A（特にすぐれている）　B（すぐれている）　C（標準）　D（再提出）　　　　／　　　　／  　　最終評価日　　　　／　　　　／ | | | | | | | | | | | |
|  | ＊（レポート内容が不充分であると判断した場合はコメント、概略評価を記入せず、書き直しを指示してください） | | | | | | | | |  |  |

大阪公立大学医学部附属病院CPC（臨床病理検討会）レポート

コース名

研修医氏名

剖検番号

患者：　　　歳　　　男・女　　　　　　　依頼科：

死亡年月日：　　　　年　　　　月　　　日

剖検年月日：　　　　年　　　　月　　　日

CPC開催日：　　　　年　　　　月　　　日

臨床経過

臨床上の問題点

病理診断

考察

参考文献　（少なくとも1つ）

自署

注

臨床経過等の記述には個人情報保護のため、以下の点を注意し、☑すること

1. 患者の氏名、イニシャル、雅号は記載しない。
2. 患者の人種、国籍、出身地、現住所、職業歴、既往歴、家族歴、宗教歴、生活習慣、

嗜好は、報告対象疾患との関連が薄い場合は記載しない。

1. 日付は記載せず、第一病日、3年後、10日前といった記述法とする。
2. 診療科名は省略するか、大まかな記述法とする。（たとえば第一内科を内科）
3. すでに前医がある場合、病院名や所在地は記載しない。
4. 症例を特定できる生検、画像情報の中に含まれる番号などは記載しない。

**□ 私は検討会出席にあたり、写真撮影、動画撮影、音声録画はしていません。**