|  |
| --- |
| **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。**