

(公社) 日本口腔外科学会専門医制度

各種資格申請の手引き

目 次

専門医制度規則・委員会規則・施行細則改正の要点	3
A. 口腔外科認定医（旧称 専修医）の申請	6
B. 口腔外科専門医の申請	12
C. 口腔外科指導医の申請	19
D. 研修施設の申請	24
E. 准研修施設の申請（旧称 関連研修施設）	28

記載例

口腔外科認定医資格認定申請書	32
履歴書（様式A-2）	
履歴書（診療研修修了者）（様式A-2）	
診療実績報告書（様式A-8、A-9、A-10、A-11、A-12）	
口腔外科専門医資格認定申請書	43
全身管理研修（B-6-2、B-6-3）	
手術症例報告（B-7-1）	
入院症例報告（B-8-1）	
口腔外科症例の管理・診断（B-9）	

専門医制度規則・委員会規則・施行細則改正の要点

2018年申請の主な改正点

1. 各種申請書の正本を電磁的に記録し、新規申請書の正本を申請者に返却する。
2. 研修施設資格更新要件に「口腔がん登録」を追加する。
3. 別表2「資格更新のための研修会単位基準」の「(3)論文」で、「原著論文」を「原著・総説論文」とする。同じく別表2の「本学会又は関連学会が主催する教育研修会などへの参加」に「日本口腔顎顔面外傷学会 教育研修会」を追加する。

2017年申請の主な改正点

1. 口腔外科認定医資格にかかる研修期間の取扱いの変更

(改正の趣旨) 女性歯科医師の活躍の場を広げるために、非常勤の勤務期間(週3日未満)を通算して研修期間に算入することができるようにするとともに、研修期間に臨床研修期間を算入することができるようにするものである。

- 1) 研修期間に、非常勤(週3日未満)として勤務した期間の「勤務日数」を通算し、12日をもって1か月と算定する。(12日未満は切り捨て。)ただし、これによる研修期間の算入は12か月を上限とする。
- 2) 研修期間は初期臨床研修(歯科医師は1年、医師は2年)を含めて3年とする。
2. 口腔外科専門医資格にかかる研修期間は、初期臨床研修(歯科医師は1年、医師は2年)を含めて6年とする。
3. 口腔外科指導医資格にかかる研修期間、初期臨床研修(歯科医師は1年、医師は2年)を含めて12年とする。
4. 口腔外科専門医資格の申請にかかる口腔外科手術症例報告の分野別必要数の規定化など

(改正の趣旨) 現在、当該口腔外科手術については、手術難易度区分表の分野A～Dの各分野から合計100例、そのうち40例以上はレベルⅡ以上の手術を要すると定めているが、口腔外科専門医としての診療技能を担保するため、A-2～D-3の各分野については、症例が特定の分野に偏ることのないように分野別の必要症例数を明記する。

また、本手引きにおいて、手術(詳細)症例報告は「A～Dの各分野から1症例以上を含む代表的な20症例(レベルⅡ以上の手術)」を要件としているが、この手術(詳細)症例報告に分野の偏りがみられるため、これを是正するものである。

手術症例報告において、術式の理解のため「申請者自らが手書きした図」を記載することを要請していたが、昨今の電子カルテ導入等の経緯を踏まえ、「手書きした図」をコピーもしくはスキャンしたものを書式枠内に貼付することを容認する。

5. 口腔外科指導医資格の申請にかかる診療実績報告書における記載症例数の一部制限

本手引きにおいて、当該口腔外科手術については、手術難易度区分表(別表5)のうち、レベルⅡ以上の執刀手術60症例以上を口腔外科手術一覧表に記載を要すると定めている。しかし、口腔外科指導医としての診療技能を担保するため、A-1分野のレベルⅡについては、口腔外科手術一覧表に記載する症例数の上限を「10例」と明記する。

6. 認定取消となった施設が再認定申請をする時は、取消となった事由を満たさなければならない。(規則第32条・追加)
7. 手術難易度区分表(別表5) A-2「補綴前外科手術/顎堤形成術/骨移植術」、D-2「再建外科手

術」、D-3「口唇裂・口蓋裂関連手術」の改正

A-2、D-2、D-3の各分野において「自家骨採取術」と「自家骨移植術」の表記に混同があること、D-2顎裂部骨移植術の骨採取部位として腸骨以外からの採取もあること、などから改正するものである。

8. 規則改正にともなう経過措置（認定医申請）

- (1) 初期臨床研修1年の期間については、本学会入会前であっても、研修期間に算入することができるものとする。
- (2) (1)の経過措置は、2019年の申請までとする。
- (3) 初期臨床研修1年は、本学会認定研修施設・准研修施設での研修でなくても可とする。

2016年申請の主な改正点

1. 改正の趣旨ならびに留意点

国際口腔顎顔面外科専門医資格の取得を評価するため、指導医申請資格ならびに専門医・指導医資格更新において条文を追加するものである。

2. 主な改正点

＊「専門医制度施行細則」における改正点

- (1) 指導医資格申請要件：国際口腔顎顔面外科専門医資格を有する指導医申請者は、日本口腔外科学会雑誌又は前記英文雑誌に筆頭著者論文1編が掲載されたものとみなす。
- (2) 専門医又は指導医の資格更新要件：国際口腔顎顔面外科専門医資格を有する者は、学会参加等の100単位のうち30単位を認定する。ただし、直近の更新時1回に限る。

2015年申請の主な改正点

1. 別表5手術難易度区分表の改正

分野C-1及びC-2のレベルIに「顎骨骨体固定用プレート除去術（簡単）」を追加し、C-1及びC-2のレベルIIの「顎骨骨体固定用プレート除去術」を「顎骨骨体固定用プレート除去術（困難）」とする。
以上

2014年申請の主な改正点

1. 改正の趣旨ならびに留意点

現行専門医制度の実施後5年を経過し種々の改善すべき事項が散見されてきたこと、新たに実施された専修医の初回更新手続きが2013年度内に行われること等を踏まえ、専門医制度規則、専門医制度委員会規則、専門医制度施行細則を見直すものである。

なお、2013年度4月以降の申請に際し、下記の改正に基づく「研修・診療実績等の申請要件」については、改正前諸規則の申請要件を満たしていれば可とし、資格審査等において疑義が生じた場合は、改正前規則の読み換えや準用等に対応することを申し合わせる。ただし、この申合せの適用期間は5年間とする。

2. 主な改正点

＊「専門医制度規則」ならびに「専門医制度委員会規則」における改正点

- (1) 「専修医」を「認定医」とする。
- (2) 「関連研修施設」を「准研修施設」とする。
- (3) 広告可能な専門医資格名称（2003年11月届出受理）に対応して、初出の「専門医」を「口腔外科専門医」と表記し、認定医、指導医の名称も「口腔外科認定医」、「口腔外科指導医」と表記する。

- (4) 「専門医制度委員会」、「認定医・専門医資格認定審査会」及び「研修施設資格認定審査会」の位置づけならびに所掌業務内容を現状に則して分かり易く表記する。
- (5) これまで専門医制度委員会の所掌であった「資格更新審査と認定」の業務を、認定医については専門医審査会、研修施設及び准研修施設については研修施設審査会の業務とする。

＊「専門医制度施行細則」における改正点

- (1) 「認定医」、「准研修施設」への変更。
- (2) 手術難易度区分表（別表5）における「基本手術・中難度手術・高難度手術」の3区分を「レベルⅠ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ」の4区分とし、記載手術名、難易度及び分野区分等を大幅に見直す。
- (3) 上記に伴い、認定医の診療実績における執刀手術（第14条第3号）について分かり易く表記する。
- (4) (2) に伴い、専門医の診療実績における執刀手術及び入院症例（第20条第1、2号）について見直す。
- (5) 専門医の診療実績における口腔外科症例の管理・診断（第20条第3号）について、分かり易く表記する。
- (6) 指導医の論文業績に関する第28条第3号の「原著論文」を「論文」とする。
- (7) 准研修施設の申請資格（第35条第2項）に「常勤指導医」（終身指導医を想定）を追加する。
- (8) 終身指導医資格を申請する条項（第43条第4号）を分かり易く表記する。
- (9) 研修施設の指導医の欠員・交代時における届出条項を第8章第4節へ移動する。
- (10) 研修施設の資格更新要件に『研修施設として本学会「口腔外科疾患調査票」が毎年適切に提出されていること。』（第44条第3号）を追加する。

以上

A. 口腔外科認定医の申請について

公益社団法人日本口腔外科学会「専門医制度規則及び同施行細則」（2016年11月24日 一部改正）に基づき、以下の要領に従って申請してください。

なお、申請書は、原則として本学会ホームページの会員専用ページ「MyWeb」からダウンロードした「申請用文書ファイル」を用いるものとします。入力文字は、明朝体フォント、サイズ10～12ポイントとし、行送りは15ポイント程度としてください。署名、所見を除き手書きは不可、印刷は片面印刷とします。

1. 口腔外科認定医（以下「認定医」という。）の認定申請に必要な書類

認定医の申請にあたっては規則第10条に示す次の関係書類に、認定審査料20,000円(内税)を添えて認定医・専門医資格認定審査会（以下「専門医審査会」という。）に提出して下さい。

- (1) 「口腔外科認定医」認定申請書 (様式 A-1)
- (2) 履歴書・研修期間自己申告書 (様式 A-2)
- (3) 歯科医師免許証又は医師免許証の写し (A4版縮小)
- (4) 歯科医師又は医師の「臨床研修修了証」の写し (A4版縮小)
(2006年以降に歯科医籍もしくは医籍登録した方のみ)
- (5) 研修施設に勤務した期間を研修期間に算定する場合は、次の証明書を提出してください。
 - ・研修施設研修証明書 (様式 A-3-1)
 - ・研修施設在籍（職）証明書 (様式 A-3-2)
- (6) 准研修施設に勤務した期間を研修期間に算定する場合は、次の証明書を提出してください。
 - ・准研修施設研修証明書 (様式 A-4-1)
 - ・准研修施設在籍（職）証明書 (様式 A-4-2)
- (7) 口腔外科専門医（以下「専門医」という。）もしくは口腔外科指導医（以下「指導医」という。）が常勤する医療施設に勤務した期間を研修期間に算定する場合は、次の証明書を提出してください。
 - ・研修証明書 (様式 A-5-1)
 - ・在籍（職）証明書 (様式 A-5-2)
 - ・専門医もしくは指導医の勤務証明書 (様式 A-5-3)
- (8) 本学会3年間以上継続会員証明書 (様式 A-6)
- (9) 研修実績報告書
学会参加・発表、研修会参加、救命救急研修 (様式 A-7)
- (10) 診療実績報告書
 - 1) 診査・診断症例報告書 (様式 A-8)
 - 2) 周術期管理症例報告書
 - (1) 全身疾患を有する患者の外来手術管理に関するレポート (様式 A-9)
 - (2) 入院手術管理に関するレポート (様式 A-10)
 - 3) 口腔外科手術
 - (1) 執刀手術一覧表、症例報告書 (様式 A-11、A-11-1)
 - (2) 経験手術報告書 (様式 A-12、A-12-1)
- (11) 本学会「禁煙推進宣言」に対する同意書 (様式 A-13)
- (12) 審査料 振込の控え（写）

2. 書類作成について（年月日はすべて西暦で記入してください）

(1) 認定医認定申請書（様式A-1）

「主たる勤務先」欄は、現在本務としている施設名及び講座又は診療科名（大学に所属する場合は、本学会で定めた略称も可）を記入してください。

「申請者氏名」は自筆に限ります。押印は常用の認め印で結構です。（注）氏名は歯科医師免許証又は医師免許証に記載されているものと同じ字体としてください（例：沢→澤・斉藤→斎藤・崎→崎・広→廣 など）。提出された申請書についての問い合わせは、会員専用ページ「MyWeb」に登録の電子メールアドレスあてへ送信しますのでご留意願います。

(2) 履歴書及び研修期間自己申告書（様式A-2）

- a) 履歴書は、「学歴・資格・免許・専門医等の事項」と「職歴・研修歴等の事項」を分けて記載してください。
- b) 学歴は、大学卒業以降、大学院、研究生、専攻生、学位などを記入してください。
- c) 資格・免許・専門医等は、歯科医師免許又は医師免許取得、他学会の専門医取得などを記入してください。
- d) 職歴・研修歴等は、大学卒業以降に勤務もしくは研修を行った医療施設名と期間を記入してください。
- e) 研修期間自己申告書の「研修期間」とは、本学会認定の研修施設又は准研修施設等において研修した期間を示します。
- f) 研修期間の算定は、規則第9条により歯科医師又は医師免許登録後から起算します。初期臨床研修（歯科医師は1年、医師は2年）期間を研修期間に算入することができます。ただし、学会入会前の研修期間は算定されません。
- g) 本学会入会後における臨床系大学院在学期間は研修期間に算定されますので、自己申告書の欄にも記載してください。
- h) 本学会入会後における社会人大学院生の場合、研修期間の算定は所属する施設や研修内容により判定しますのであらかじめお問い合わせください。
- i) 研修施設、准研修施設の名称、認定番号及び認定日は正確にご記入ください。（学会HP「研修施設一覧」参照）
- j) 准研修施設又は専門医もしくは指導医が常勤する医療施設での研修期間は、細則第12条第2項の規定により4分の3に換算して算定されますが、この場合細則第12条第3項1、2号に規定する2種類の証明書（様式A-4-1、A-4-2又はA-5-1、A-5-2）を必要とします。なお、専門医もしくは指導医が常勤する医療施設の場合は様式A-5-3も提出してください。
- k) 施行細則第12条第4項に定める「非常勤の期間」の算定について
研修施設又は准研修施設あるいは専門医が常勤する医療施設に非常勤で勤務した日数を通算し、12日を1か月に換算して通算することができます。（12日未満切り捨て）ただし、12か月を上限とします。
 - 1) 研修期間の算出は次の方式に従いますので留意してください。
 - (a) 研修期間の計算は、月を単位として行うものとします。
 - (b) 研修期間の計算を行う場合、1か月のうちに研修施設と准研修施設等に勤務した期間があるときは、申請者にとって有利な方の経歴の期間にかかる月として取り扱うものとします。
 - (c) 前項により換算した年数に、1か月未満の端数が生じたときは、これを1か月に切り上げる

ものとします。

〔解説〕

1. △△総合病院（専門医が常勤する施設）で研修した場合

2015. 12. 6～2017. 4. 15は、実日数は1年4月と10日ですが、これは(a)により1年5月と計算。

その4分の3、すなわち $17\text{月} \times 3 \div 4 = 12.75$ は、(c)により13月（1年1か月）と算定する。

2. ○○市民病院（2016. 10. 1 研修施設認定）で研修し、研修施設認定以前は専門医が常勤していた場合

2015. 12. 6～2017. 4. 15は、2015. 12. 6～2016. 9. 30と2016. 10. 1 ～2017. 4. 15に分けられるが、2016. 10. 1 からは(b)により研修施設に繰り入れられる。

したがって 2015. 12. 6～2016. 9. 30は10か月 $\times 3 \div 4 = 7$ か月と15日、2016. 10. 1 ～2017. 4. 15は6か月と15日で、7か月と15日+6か月と15日で14か月（1年2か月）と算定する。

(3) 歯科医師又は医師免許証の写しは、A4版に縮小コピーして添付してください。

(4) 歯科医師（又は医師）臨床研修施設の管理者が交付した臨床研修修了証の写しは、A4版に縮小コピーして添付してください。なお、臨床研修修了証の写しは2006年以降に卒業した方のみ提出してください。

(5) 研修施設研修証明書（様式A-3-1）

証明者（指導医）氏名欄には、研修施設の常勤指導医が自署・押印して下さい。なお、複数の研修施設に勤務した場合は、それぞれの研修施設の指導医による証明書を提出してください。

研修施設在籍（職）証明書（様式A-3-2）

申請者が臨床研修修了後に在籍（職）し、口腔外科に関する研修を行った研修施設の「機関の長」による在籍（職）証明書を提出してください。この「機関の長」とは、当該機関として証明権を有する学長・学部長あるいは病院長で、公印の押印が必要です。

（注）勤務態様は「週3日以上勤務」の場合、「常勤」に○印をしてください。

歯科系大学・歯学部もしくは医科系大学・医学部の大学院生・研究生・専攻生等の場合は、学長・研究科長あるいは学部長による在籍証明書を提出してください。所定の証明書でも差支えありませんが、在学期間・専攻名が明記されたものとしてください。

(6) 准研修施設研修証明書（様式A-4-1）、准研修施設在籍（職）証明書（様式A-4-2）

証明者（専門医・指導医）氏名欄には、准研修施設に常勤する専門医又は指導医もしくは定期的に診療に従事する指導医が自署・押印してください。

准研修施設在籍（職）証明書（様式A-4-2）は、上記（5）に準じてください。複数の准研修施設に勤務した場合は、施設ごとに証明書を提出してください。

(7) 研修証明書（様式A-5-1）、在籍（職）証明書（様式A-5-2）、専門医又は指導医勤務証明書（様式A-5-3）

この証明書は、専門医又は指導医が常勤しているが、施設認定されていない医療施設に勤務した期間を算定するときのみ提出してください。証明者（専門医・指導医）氏名欄には、医療施設に常勤する専門医又は指導医が自署・押印して下さい。在籍（職）証明書（様式A-5-2）は、上記（5）に準じてください。専門医又は指導医の勤務証明書（様式A-5-3）は、施設の「機関の長」による証明書を提出してください。複数の施設に勤務した場合は、施設ごとに証明書を提出してください。

(8) 本学会3年間以上継続会員証明書（様式A-6）

学会会員証明書には、申請者氏名・会員番号・学会入会日のみを記入してください。申請書受付後

に事務局で確認のうえ押印いたします。(会員番号・学会入会日は学会ホームページ会員専用ページ「MyWeb」で確認してください。)

(9) 研修実績報告書(様式A-7)

細則第13条に基づき、学会参加・学会発表、研修会、救命救急研修会について報告書(様式A-7)の各欄に記載してください。

- a) 学会参加は、本学会学術大会又は支部学術集会に参加しなければなりません。
- b) 学会発表は、本学会学術大会又は支部学術集会、あるいは指定する関連学会(別表3)のいずれかで筆頭者として発表しなければなりません。なお、ポスター発表も該当します。
- c) 研修会は、本学会が主催する教育研修会(年2回開催)又は歯科臨床医リフレッシュセミナー(支部学術集会併催)のいずれかに参加しなければなりません。
- d) 救命救急研修は、米国心臓協会(AHA)のBLSコースあるいはACLSコース、日本救急医学会のICLSコース、各医療施設が実施する一次救命救急処置研修会(BLSコース)のいずれかに参加しなければなりません。また、取得資格の別にかかわらず取得後5年間有効とします。

(注) 上記a)、c)、d)については、学会参加証、研修会修了証、救命救急研修修了証のコピーを添付してください。2015年10月以降の学会参加については会員証で登録済みのため参加証コピーは不要です。

b)の学会発表については、プログラム又は抄録の該当部分のコピーを添付してください。なお、本学会支部学術集会で発表した演題は、本学会雑誌掲載の「支部学術集会講演題目」の該当部分のコピーでも構いません。

なお、学会入会前の研修実績は認められませんのでご留意願います。ただし、救命救急研修についてはこの限りではありません。

(10) 診療実績報告書(様式A-8 ~ A-12-1)

研修期間中における(1)診査・診断(様式A-8)、(2)周術期管理(様式A-9、A-10)及び(3)口腔外科手術(様式A-11 ~ A-12-1)について、おのおの診療実績報告書を提出してください。なお、診査・診断症例、周術期管理症例、手術症例は重複してもかまいません。また、複数の指導医により指導を受けた場合は、指導医ごとに用紙を変えて証明を受けてください。

様式A-8 ~ A-12の診療実績報告書の署名欄及び様式A-11-1の所見欄は、研修施設における実績の場合は指導医が、准研修施設等における実績の場合は常勤の専門医もしくは指導医あるいは定期的に診療に従事する指導医が自署・押印もしくは所見を記載してください。

上記の場合、指導医あるいは専門医は、指導をした時に資格を有していなければなりません。たとえば、現在指導医資格を有していても、資格取得前の診療実績について、指導医として署名・押印もしくは所見を記載することはできません。

学会入会前の診療実績は認められませんのでご留意願います。

※ WHO組織分類は2017年版、TNM分類は2017年版UICC第8版により記載してください。

(1) 診査・診断症例報告書

細則第14条第1項1号に基づき、炎症、嚢胞、腫瘍、外傷、顎関節疾患等について、各疾患1例を含む10症例のレポートを様式A-8に記載してください。「診査及び診断の経過」の記載内容は、原則として、1)主訴、2)現病歴・既往歴・家族歴、3)現症/全身・口腔内外所見、4)検査所見、5)診断、の順とし、書式の枠内に400字以内でまとめてください。1) ~ 3)は続けて記載してかまいませんが、4)と5)はそれぞれ改行して記載してください。

(2) 周術期管理症例報告書

細則第14条第1項2号に基づき、(1) 全身疾患を有する患者の外来手術管理に関するレポート(5例)を様式A-9に、(2) 入院手術管理に関するレポート(5例)を様式A-10に記載してください。「臨床経過及び治療ないし手術の概要」の記載内容は下記のとおりです。いずれも書式の枠内に800字以内でまとめてください。

- (1) (イ) 術前処置・留意事項 (ロ) 術中処置・特記所見 (ハ) 術後処置 (ニ) 術後経過
(2) (イ) 術前処置・留意事項 (ロ) 術中処置・特記所見・麻酔法・手術時間・出血量
(ハ) 術後処置 (ニ) 術後経過

なお、(2) 入院手術管理に関するレポートでは、申請者が必ずしも執刀者である必要はありません。

(3) 口腔外科手術

(1) 執刀手術：細則第14条第1項3号に基づき、指導医あるいは専門医の下に執刀した口腔外科手術(30症例以上)を手術難易度区分表(別表5)のA~D分野から順に執刀手術一覧表(様式A-11)に記載してください。A~Dの各分野における執刀手術症例数は細則に示す通りとします。

次に、執刀手術一覧表の中から口腔外科の代表的な症例：A分野(A-1~A-3)2例、B分野(B-1~B-4)2例、C又はD分野(C-1~D-3)1例、計5例を選択し、下記の①~④に従って、各症例の臨床経過及び治療・手術内容等を執刀手術症例報告(様式A-11-1)に詳細に記載してください。指導医あるいは専門医は、各症例について指導内容を所見欄に記載し、署名・押印してください。

- ① 様式A-11、様式A-11-1に記載する手術名は手術難易度区分表に準じ、部位を含めて具体的に記載してください。
- ② 執刀手術症例報告は1症例につき1枚とし、記載例を参考にして審査委員に分かりやすく記載してください。記載内容は大きく【臨床経過ならびに術前所見】と【手術概要】に分けて記載し、書式の枠内に収まるようにしてください。
- ③ 手術概要は、術前所見、術式、手術手順、術中経過(異常があればその所見を含む)に加えて、麻酔時間、手術時間、出血量、輸血の有無など日常臨床における手術記録に準ずるものを記載してください。また、1症例ごとに術式が理解できるような図を付して下さい。ただし、付図は申請者自らが手書きしたものとし、鉛筆書きは不可とします。なお、付図をコピー又はスキャンし、書式の枠内に貼付しても差し支えありません。
- ④ 「指導医あるいは専門医の所見」 指導医あるいは専門医は、申請者の記載内容を確認の上、手引き巻末の記載例を参考にして、各執刀手術症例について、どのように指導したか指導の要点、問題点等を記載し、自署・押印してください。(この欄の記入が簡略過ぎると再提出願う場合がありますのでご注意下さい)。

(2) 経験手術：細則第14条第1項3号に基づき、指導医あるいは専門医の下で、手術助手として経験した口腔外科手術15例以上を下記の①~⑤に従って、経験手術一覧表(様式A-12)に記載してください。

- ① 経験手術症例は、手術難易度区分表(別表5)に示すレベルⅡ以上の手術が対象となります。
- ② 執刀手術症例と経験手術症例を重複して記載することはできません。
- ③ 手術難易度区分表のA~D分野のうちから3~4分野を選択し、各分野5例以上、計15例以上(最大39例まで)を一覧表に記載してください。
- ④ 一覧表に記載した症例のなかから、各分野から口腔外科の代表的な症例1例を含む5例について「臨床経過及び治療・手術の概要」等を、経験手術症例報告(様式A-12-1)の枠内に収まる

ように800字以内でまとめてください。

- ⑤「担当した手術手技」欄には「縫合」、「創部の展開」、「結紮及び止血」等の具体的な手術手技を記載してください。なお、執刀者の場合は「執刀」と記載してください。

〔記載例〕 A分野5例、C分野5例、D分野5例、計15例を一覧表（様式A-12）に記載し、その中からA分野2例、C分野2例、D分野1例、計5例の詳細をA-12-1に記載する。

（以下のような選択は不可とします。A分野5例、B分野1例、C分野5例、D分野5例、計16例を一覧表に記載し、その中からA分野2例、B分野1例、C分野1例、D分野1例、計5例の詳細をA-12-1に記載する。⇒この場合B分野を4例追記して5例とすれば可となります。）

(12) 本学会「禁煙推進宣言」に対する同意書（様式A-13）

同意書に必要事項を記載の上、自署・押印し、提出してください。

3. 連絡先：資格審査に関する連絡は、学会HPの会員専用ページ「MyWeb」に登録のEメールアドレスへ、諸通知は学会雑誌送付先へ送付しますので、変更があった場合は、会員専用ページ「MyWeb」で変更してください。

4. 認定審査料20,000円（内税）は、申請者本人名で下記口座へお振込みください。その際、できましたら名前の後ろに「認定医審査料」と入力してください。また、お振込み後、ATMの場合は「振込明細書」のコピーを、インターネットバンキングの場合は「振込画面のハードコピー」を申請書に添付してください。

ゆうちょ銀行 ○一九店 当座 0171269 公益社団法人日本口腔外科学会専門医

インターネットバンキングでの振込先口座名義「コウシャ）ニホンコウクウゲカガツカイセンモンイ」

※郵便局での振込の場合は、備え付けの「郵便振替払込取扱票（青色）」に所要事項を記載し、下記口座にお振込みください。なお、備考欄には「認定医審査料」と記載してください。お振込み後右端の「郵便振替払込請求書兼受領書」のコピーを添付してください

郵便振替 00190-9-171269 加入者名 公益社団法人日本口腔外科学会専門医

◇ お問合せはE-メール（accredit@jsoms.or.jp）でお願いします。

◇ 申請書の提出は、封筒の表に「口腔外科認定医申請書在中」と明記し、レターパック（簡易書留、特定記録、宅急便も可）で下記宛郵送してください。受領通知は送付いたしませんので、各自郵便追跡サービス又は宅急便の追跡サービス等で配送を確認してください。

〒108-0074 東京都港区高輪2-20-26-202

（公社）日本口腔外科学会 認定医・専門医資格認定審査会

◇ 申請書受付期間：

2019年8月1日～8月31日（消印有効）

◇ 審査から認定までの日程は、2019年4月上旬に学会HPの「専門医制度について」に掲載します。

認定日は2020年4月1日になります。

以上

学会参加証コピー

第45回 (社)日本口腔外科学会総会

所 属: 慶応義塾大学歯学部/口外

氏 名: 泉岳太郎

№ 002747

お 願 い

1. 氏名、所属は各自記入ください。
2. 胸の写真を貼付し、ご使用ください。
3. 本学会の規約に付随していません。

参加証

貴殿は表記学会に出発し研究討議に参加したことを証明する。
平成12年10月12日-13日

第45回 (社)日本口腔外科学会

総会長 野崎 伸幸

領 収 書

金 13,000 円也

参加費として領収いたしました。
平成12年10月12日-13日

第45回 (社)日本口腔外科学会

総会長 野崎 伸幸

必要な部分

B. 口腔外科専門医の申請について

公益社団法人日本口腔外科学会「専門医制度規則及び施行細則」（2016年11月24日 一部改正）に基づき、以下の要領に従って申請してください。

なお、申請書は、原則として本学会ホームページの会員専用ページ「MyWeb」からダウンロードした「申請用文書ファイル」を用いるものとします。入力文字は、明朝体フォント、サイズ10～12ポイントとし、行送りは15ポイント程度としてください。署名、所見を除き手書きは不可、印刷は片面印刷とします。

1. 口腔外科専門医（以下「専門医」という。）の認定申請に必要な書類

専門医の申請にあたっては規則第14条に示す次の関係書類に、認定審査料40,000円(内税)を添えて専門医審査会に提出して下さい。

- (1) 「口腔外科専門医」認定申請書 (様式 B-1)
- (2) 履歴書・研修期間自己申告書 (様式 B-2)
- (3) 歯科医師免許証又は医師免許証の写し (A4版縮小)
- (4) 「口腔外科認定医」認定証の写し (A4版縮小)
(2006年以降に歯科医籍もしくは医籍登録した方のみ)
- (5) 研修施設に勤務した期間を研修期間に算定する場合は、次の証明書を提出してください。
 - ・研修施設研修証明書 (様式 B-3-1)
 - ・研修施設在籍(職)証明書 (様式 B-3-2)
- (6) 准研修施設に勤務した期間を研修期間に算定する場合は、次の証明書を提出してください。
 - ・准研修施設研修証明書 (様式 B-4-1)
 - ・准研修施設在籍(職)証明書 (様式 B-4-2)
- (7) 本学会6年間以上継続会員証明書 (様式 B-5)
- (8) 研修実績報告書
 - 学会参加・発表、研修会参加、救命救急研修 (様式 B-6-1、B-6-2)
 - 全身管理研修症例(一覧) (様式 B-6-3)
 - 同 (詳細) (様式 B-6-4)
- (9) 診療実績報告書
 - 1) 口腔外科手術(一覧) (様式 B-7)
 - 同 (症例報告) (様式 B-7-1)
 - 2) 入院症例の管理(一覧) (様式 B-8)
 - 同 (症例報告) (様式 B-8-1)
 - 3) 口腔外科症例の管理・診断(症例報告) (様式 B-9)
- (10) 論文業績 (様式 B-10)
- (11) 本学会「禁煙推進宣言」に対する同意書 (様式 B-11)
- (12) 手術実地審査協力内諾書 (様式 B-12)
- (13) 審査料 振込の控え(写)

2. 書類作成について(年月日はすべて西暦で記入してください)

(1) 専門医認定申請書(様式B-1)

「主たる勤務先」欄は、現在本務としている施設名及び講座又は診療科名(大学に所属する場合は、

本学会で定めた略称も可) を記入してください。

「申請者氏名」は自筆に限ります。押印は常用の認め印で結構です。(注) 氏名は歯科医師免許証又は医師免許証に記載されているものと同じ字体としてください(例: 沢→澤・斉藤→斎藤・崎→崎・広→廣 など)。提出された申請書についての問い合わせは、会員専用ページ「MyWeb」に登録の電子メールアドレスあてへ送信しますのでご留意願います。

(2) 履歴書及び研修期間自己申告書(様式B-2)

- a) 履歴書は、「学歴・資格・免許・専門医等の事項」と「職歴・研修歴等の事項」を分けて記載してください。
- b) 学歴は、大学卒業以降、大学院、研究生、専攻生、学位などを記入してください。
- c) 資格・免許・専門医等は、歯科医師免許又は医師免許取得、他学会の専門医取得などを記入してください。
- d) 職歴・研修歴等は、大学卒業以降に勤務もしくは研修を行った医療施設名と期間を記入してください。
- e) 研修期間自己申告書の「研修期間」とは、本学会認定の研修施設又は准研修施設において、常勤の態様(週3日以上)で研修した期間を示します。
- f) 研修期間の算定は、規則第13条により歯科医師又は医師免許取得後から起算します。初期臨床研修(歯科医師は1年、医師は2年)期間を研修期間に算入することができます。ただし、学会入会前の研修期間は算定されません。
- g) 本学会入会後における臨床系大学院在学期間は研修期間に算定されますので、自己申告書の欄にも記載してください。
- h) 本学会入会後における社会人大学院生の場合、研修期間の算定は所属する施設や研修内容により判定しますのであらかじめお問い合わせください。
- i) 全身管理研修で麻酔科や救急部に勤務した期間は1年間まで研修期間に算定することができます。
- j) 研修施設、准研修施設の名称、認定番号及び認定日は正確にご記入ください。(学会HP「研修施設一覧」「准研修施設一覧」参照)
- k) 准研修施設において研修した期間は、細則第18条第2項の規定により4分の3に換算して算定されます。
- l) 研修期間の算出は次の方式に従いますので留意してください。
 - (a) 研修期間の計算は、月を単位として行うものとします。
 - (b) 研修期間の計算を行う場合、1か月のうちに研修施設と准研修施設に勤務した期間があるときは、申請者にとって有利な方の経歴の期間にかかる月として取り扱うものとします。
 - (c) 前項により換算した年数に、1か月未満の端数が生じたときは、これを1か月に切り上げるものとします。

[解説]

1. △△総合病院(准研修施設施設)で研修した場合

2015.12.6~2017.4.15は、実日数は1年4か月と10日ですが、これは(a)により1年5か月と計算。その4分の3、すなわち $17\text{月} \times 3 \div 4 = 12.75$ は、(c)により13月(1年1か月)と算定する。

2. ○○市民病院(2016.10.1准研修施設認定、2018.10.1 研修施設認定)で研修した場合

2017.12.6~2019.4.15は、2017.12.6~2018.9.30と2018.10.1~2019.4.15に分けられる。

2017.12.6~2018.9.30は $10\text{月} \times 3 \div 4 = 7\text{月}$ と15日、2018.10.1~2019.4.15は6月と15日で、

7月と15日＋6月と15日で14月（1年2月）と算定する。

(3)、(4) 歯科医師免許証又は医師免許証及び「口腔外科認定医」認定証の写し

A4版に縮小コピーして添付してください。なお、口腔外科認定医認定証の写しについては、2006年以降に歯科医籍登録をした方のみ提出してください。

(5) 研修施設研修証明書（様式B-3-1）

申請者の口腔外科研修を指導した本学会認定口腔外科指導医（以下「指導医」という。）は、証明者の指導医欄に自署・押印して下さい。なお、同一研修施設内であっても指導医が異なった場合、もしくは複数の研修施設において異なる指導医より口腔外科研修の指導を受けた場合は、それぞれの指導医ごとに研修証明書を提出してください。

研修施設在籍（職）証明書（様式B-3-2）

申請者が臨床研修修了後（ただし、2006年以前に歯科医籍もしくは医籍登録をされた方は歯科医籍もしくは医籍登録後）に在籍（職）し、口腔外科に関する診療に従事した研修施設の「機関の長」による在籍（職）証明書を提出してください。この「機関の長」とは、当該機関として証明権を有する学長・学部長あるいは病院長等で、公印の押印が必要です。

（注）勤務態様は「週3日以上勤務」を常勤とします。

歯科系大学・歯学部もしくは医科系大学・医学部の大学院生・研究生・専攻生等の場合は、学長・研究科長あるいは学部長による在籍証明書を提出してください。所定の証明書でも差支えありませんが、**在学期間・専攻名が明記**されたものとしてください。

(6) 准研修施設研修証明書（様式B-4-1）、准研修施設在籍（職）証明書（様式B-4-2）

証明者（専門医・指導医）氏名欄には、准研修施設の常勤専門医又は指導医が自署・押印して下さい。

准研修施設在籍（職）証明書（様式B-4-1）は、上記（5）に準じてください。複数の准研修施設に勤務した場合は、施設ごとに証明書を提出してください。

なお、細則第18条第4項に示す「研修施設及び准研修施設以外の医療施設」において口腔外科に関連した診療に従事した期間を申請する場合はあらかじめ学会事務局にお問い合わせください。証明書は「准研修施設研修証明書（様式B-4-1）」及び「准研修施設在籍（職）証明書様式B-4-2」を使用してください。「研修施設及び准研修施設以外の医療施設」とは、例えば「・・・がんセンター」のように症例の分野が限られているため、本学会研修施設の認定が難しい施設のことです。

(7) 本学会6年間以上継続会員証明書（様式B-5）

学会会員証明書には、申請者氏名・会員番号・学会入会日のみを記入してください。申請書受付後に事務局で確認のうえ押印いたします。（会員番号・学会入会日は学会ホームページ会員専用ページで確認してください。）

(8) 研修実績報告書（様式B-6-1、B-6-2）

細則第19条に基づき、学会参加・学会発表、研修会、救命救急研修会について報告書（様式B-6-1、B-6-2）の各欄に記載してください。

a) 学会参加は、認定医取得後本学会学術大会及び支部学術集會にそれぞれ参加しなければなりません。

b) 学会発表は、認定医取得後（2006年より前に歯科医籍もしくは医籍登録された方は歯科医籍もしくは医籍登録後）、本学会学術大会又は支部学術集會のいずれかで筆頭者として発表しなければなりません。なお、ポスター発表も該当します。

- c) 本学会学術大会、支部学術集会又は指定する関連学会（別表3）への参加ならびに発表により、別表1に定める単位に基づき75単位以上（100単位以内）を取得してください。
- d) 研修会は、本学会が主催する教育研修会及び歯科臨床医リフレッシュセミナーの両方に1回以上参加しなければなりません。
- e) 救命救急研修は、米国心臓協会（AHA）のACLSコース、日本救急医学会のICLSコースとし、取得資格の別にかかわらず取得後5年間有効とします。

(注) 上記a)、c)～e)については、学会参加証、研修会修了証、救命救急研修修了証のコピーを添付してください。2015年10月以降の本学会学術大会及び支部学術集会参加、教育研修会及び歯科臨床医リフレッシュセミナー受講については会員証で登録済みのため参加証、受講証のコピーは不要です。

- b) の学会発表については、プログラム又は抄録の該当部分のコピーを添付してください。なお、本学会支部学術集会で発表した演題は、本学会雑誌掲載の「支部学術集会講演題目」の該当部分のコピーでも構いません。
- f) **全身管理研修症例報告書（様式B-6-3、B-6-4）**は細則第19条第3号に基づき、様式B-6-3に全身管理症例20例を一覧とし、そのうち代表的な5例について様式B-6-4にその詳細を記載してください。

様式B-6-3にある「指導者」とは、研修を行った麻酔科や救命救急部における指導者を指します。「指導者資格」欄には、例えば「日本麻酔科学会麻酔科専門医」のように記載してください。また、「研修期間」は細則に「一定期間」と定めていますが、これは20症例の全身管理研修を行うことができる期間ということです。

なお、学会入会前の研修実績は認められませんのでご留意願います。ただし、全身管理研修についてはこの限りではありません。

(9) **診療実績報告書（様式B-7～B-9）**

本学会認定研修施設及び准研修施設における（1）口腔外科手術、（2）入院症例の管理、（3）口腔外科症例の管理・診断について各々記載してください。なお、（1）～（3）の症例は重複してもかまいません。また、指導医の証明は、複数の指導医により指導を受けた場合は指導医ごとに用紙（B-7）を変えて証明を受けてください。

様式B-7～B-9の診療実績報告書の署名欄及び様式B-7-1、B-8-1の所見欄は、研修施設における実績の場合は指導医が、准研修施設の場合は常勤の専門医もしくは指導医あるいは定期的に診療に従事する指導医が自署・押印もしくは所見を記載してください。

上記の場合、指導医あるいは専門医は、指導をした時に資格を有していなければなりません。たとえば、現在指導医資格を有していても、資格取得前の診療実績について、指導医として署名・押印もしくは所見を記載することはできません。

また、各報告書の入力文字は、原則として明朝体フォント、サイズ10～12ポイントとし、行送りは15ポイント程度としてください。

学会入会前の診療実績は認められませんのでご留意願います。

※ WHO組織分類は2017年版、TNM分類は2017年版UICC第8版により記載してください。

(1) **口腔外科手術（様式B-7、B-7-1）**

細則第20条第1項第1号に基づき、指導医あるいは専門医の下に執刀した口腔外科手術（100例以上、うちレベルⅡ以上の症例を40例以上含む）について、手術難易度区分表（別表5）のA～Dの分

野順に口腔外科手術一覧表（様式B-7）に記載してください。A～Dの各分野における執刀手術症例数は細則第20条に示す通りとします。

複数の研修施設もしくは准研修施設で手術を執刀した場合、同一施設であっても複数の指導医の下に手術を執刀した場合は、用紙を変えて施設ごとあるいは指導医（准研修施設の場合は専門医もしくは指導医）ごとに証明を受けてください。ただし、B-7用紙の左端の番号は一連の番号になるように記入してください。

次に、口腔外科手術一覧表のうち、A～Dの各分野から1症例以上を含む代表的な20症例（レベルⅡ以上の手術）を選択し、下記の①～④に従って、各症例の臨床経過及び治療・手術内容等を手術症例報告（様式B-7-1）に記載してください。なお、分野別の内訳は、A-1分野4例まで、A-2～B-4分野8例以上、C-1～D-3分野8例以上とします。指導医（准研修施設の場合は専門医もしくは指導医）は、各症例について所見を記載し、署名・押印してください。なお、手術症例報告（様式B-7-1）の左上の番号は、一覧表（様式B-7）の左側の番号と整合させてください。

- ① 様式B-7、B-7-1に記載する手術は手術難易度区分表により分類し、手術名は記載例を参考に、部位を含めて具体的に記載してください。
- ② 手術症例報告は1症例につき1枚とし、記載内容は大きく【臨床経過ならびに術前所見】と【手術の概要】に分けて記載し、書式の枠内に収まるようにしてください。
- ③ 手術の概要は、術前所見、術式、手術手順、術中経過（異常があればその所見を含む）に加えて、麻酔時間、手術時間、出血量、輸血の有無など日常臨床における手術記録に準ずるものを記載してください。記載例を参考にして審査委員に分かりやすく簡潔に記載してください。また、1症例ごとに術式が理解できるような図を付してください。ただし、付図は申請者自らが手書きしたものとし、鉛筆書きは不可とします。なお、付図をコピー又はスキャンし、書式の枠内に貼付しても差し支えありません。
- ④ 「指導医あるいは専門医の所見」欄の記入については、記載例を参考にしてください。（この欄の記入が簡略過ぎると再提出願う場合がありますのでご注意ください。）指導医あるいは専門医は、各執刀手術症例について、申請者の記載内容を確認の上、指導の要点や問題点等を記載し、自署・押印してください。

（2）入院症例の管理報告書（様式B-8、B-8-1）

細則第20条第1項第2号に基づき、50例以上の入院症例について、手術難易度区分表（別表5）のA～D分野順に入院症例の管理一覧表（様式B-8）に記載してください。A～Dの各分野における症例数は細則に示す通りとします。

複数の研修施設もしくは准研修施設において入院症例を管理した場合、同一施設であっても複数の指導医の下に入院症例を管理した場合は、用紙を変えて施設ごとあるいは指導医（准研修施設の場合は専門医もしくは指導医）ごとに証明を受けてください。ただし、B-8用紙の左端の番号は一連の番号になるように記入してください。

次に、入院症例の管理一覧表のうち、A～Dの各分野から1症例以上を含む代表的な20症例を選択し、下記の①～③に従って、各症例の「臨床経過及び治療ないし手術の概要」を入院症例報告（様式B-8-1）に記載してください。指導医（准研修施設の場合は専門医もしくは指導医）は、各症例について所見を記載し、署名・押印してください。なお、入院症例報告（様式B-8-1）の左上の番号は、一覧表（様式B-8）の左側の番号と整合させてください。

- ① 入院症例報告は1症例につき1枚とし、記載例を参考にして審査委員に分かりやすく記載してく

ださい。記載内容は、日常臨床における入院症例の退院時総括に準じ、大きく【臨床経過及び入院時所見】、【手術概要】、【術後経過】に分けて記載し、書式の枠内に収まるようにしてください。

- ② 手術概要については、1症例ごとに術士が理解できるような図を付して下さい。ただし、付図は申請者自らが手書きしたものとし、鉛筆書きは不可とします。なお、付図をコピー又はスキャンし、書式の枠内に貼付しても差し支えありません。
- ③ 「指導医あるいは専門医の所見」欄の記入については、記載例を参考にして下さい（この欄の記入が簡略過ぎると再提出願う場合がありますのでご注意ください）。指導医あるいは専門医は、各執刀手術症例について、申請者の記載内容を確認の上、指導の要点や問題点等を記載し、自署・押印してください。

(3) 口腔外科症例の管理・診断（様式B-9）

細則第20条第1項第3号に基づき、分野E、Fから各5例以上（各項目から1例以上を含む）、計10例以上の管理・診断症例を様式B-9に記載してください。

「検査及び診断の経過」の記載内容は、1)年齢・性、2)初診日、3)主訴、4)現病歴・既往歴・家族歴、5)現症：口腔内外所見、6)検査ならびに所見、7)診断とし、枠内にまとめてください。

記載例を参考にして、1)～5)は続けて記載してかまいませんが、6)と7)はそれぞれ改行して記載してください。

(10) 論文業績（様式B-10）

規則第14条第1項第9号、細則第21条に基づき、論文業績を様式B-10に記載してください。

- 1) 論文は、別表4に定める「指定学術雑誌」に掲載された口腔外科学に関する学術論文3編以上とし、これに日本口腔外科学会雑誌掲載論文1編を含んでいることが必要です。
- 2) 上記「3編以上」のうち1編は、筆頭著者として、日本口腔外科学会雑誌又はInternational Journal of Oral and Maxillofacial SurgeryもしくはJournal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology (旧Asian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery)に掲載されたものでなければなりません。
- 3) 別表4に定める「指定学術雑誌」以外に掲載された論文や学内誌、院内誌に掲載された論文については別刷を添付して申請してください。論文の内容を専門医審査会で審査の上、認定されれば論文業績として算定されます。別冊のかわりに雑誌の該当ページのコピー、電子ジャーナルの印刷も可とします。
- 4) 印刷発行予定又はオンライン公開予定の論文については、発行年月欄に採択日を記載し、掲載証明書又は採択が明記された書類を提出してください。なお、投稿中の論文は実績として算定されませんのでご注意ください。
- 5) 論文業績の記載にあたっては、代表的な論文10編以内としてください。

(11) 本学会「禁煙推進宣言」に対する同意書（様式B-11）

同意書に必要事項を記載の上、自署・押印し、提出してください。

(12) 手術実地審査協力内諾書（様式B-12）

書類審査、筆記試験・口頭試問の合格者は手術実地審査を受けることとなりますので、手術実地審査を実施する医療施設の長による「手術実地審査協力内諾書」を提出してください。なお、手術実地審査の実施要領は次のとおりです。

- 1) 手術実地審査員は、専門医審査会委員1名及び専門医審査会委員長が指名する近隣の代議員（指導医資格を有する者）1名とします。なお、手術実地審査員が申請者の口腔外科研修における直接的指導者であった場合、その実地審査には関与しないものとします。
- 2) 手術実地審査を受ける申請者は、筆記試験・口頭試問の合格通知受理後、翌年の1月末までの期

間中における審査希望日・手術症例概要・手術術式を、その1か月前までに専門医審査会に届け出るものとします。

3) 審査対象となる手術症例は、手術難易度区分表(別表5)の内、原則としてレベルⅡ以上の症例とします。ただし、A-1分野は除きます。

3. 連絡先：資格審査に関する連絡は、学会HPの会員専用ページ「MyWeb」に登録のEメールアドレスへ、諸通知は学会雑誌送付先へ送付しますので、変更があった場合は、会員専用ページ「MyWeb」で変更してください。

4. 認定審査料40,000円(内税)は、申請者本人名で下記口座へお振込みください。その際、できましたら名前の後ろに「専門医審査料」と入力してください。また、お振込み後、ATMの場合は「振込明細書」のコピーを、インターネットバンキングの場合は「振込画面のハードコピー」を申請書に添付してください。

ゆうちょ銀行 〇一九店 当座 0171269 公益社団法人日本口腔外科学会専門医

インターネットバンキングでの振込先口座名義「コウシャ)ニホンコウクウゲカガツカイセンモンイ」

※郵便局での振込の場合は、備え付けの「郵便振替払込取扱票(青色)」に所要事項を記載し、下記口座にお振込みください。なお、備考欄には「専門医審査料」と記載してください。お振込み後右端の「郵便振替払込請求書兼受領書」のコピーを添付してください

郵便振替 00190-9-171269 加入者名 公益社団法人日本口腔外科学会専門医

◇ 提出書類中、診療実績報告書作成には時間を要すると思いますが、口頭試問の参考資料になりますので早めの準備をお勧めします。

◇ お問い合わせは電子メール(accredit@jsoms.or.jp)でお願いします。

◇ 申請書の提出は、封筒の表に「口腔外科専門医申請書在中」と明記し、レターパック(簡易書留、特定記録、宅急便も可)で下記宛郵送してください。受領通知は送付いたしませんので、各自郵便追跡サービス又は宅急便の追跡サービス等で配送を確認してください。

〒108-0074 東京都港区高輪2-20-26-202

(公社)日本口腔外科学会 認定医・専門医資格認定審査会

◇ 申請書受付期間：

2019年4月1日～4月30日(消印有効)

◇ 審査から認定までの日程は、2019年4月上旬に学会HPの

「専門医制度について」に掲載します。

認定日は2020年4月1日になります。

以上

学会参加証コピー

第45回(社)日本口腔外科学会総会

所属 東西歯科大学歯学部/口外

氏名 泉岳太郎

No. 002747

お願い

1. 氏名、所属は各自ご記入ください。
2. 納の滞りなく、ご使用ください。
3. 本ネームカードに付いていない場合はお断りいたします。

参加証

貴殿は表記学会に出発し研究討議に参加したことを証明する。

平成12年10月12日-13日

第45回(社)日本口腔外科学会総会

総会長 野村

領収書

金 13,000 円

参加費として領収いたしました。

平成12年10月12日-13日

第45回(社)日本口腔外科学会総会

総会長 野村

必要な部分

C. 口腔外科指導医の申請について

公益社団法人日本口腔外科学会「専門医制度規則及び施行細則」（2016年11月24日 一部改正）に基づき、以下の要領に従って申請してください。

なお、申請書は、原則として本学会ホームページの会員専用ページ「MyWeb」からダウンロードした「申請用文書ファイル」を用いるものとします。入力文字は、明朝体フォント、サイズ10～12ポイントとし、行送りは15ポイント程度としてください。署名、所見を除き手書きは不可、印刷は片面印刷とします。

1. 口腔外科指導医（以下「指導医」という。）の認定申請に必要な書類

指導医の申請にあたっては規則第18条に示す次の関係書類に、認定審査料60,000円（内税）を添えて専門医制度委員会に提出してください。

- (1) 「口腔外科指導医」認定申請書 (様式 C-1)
- (2) 履歴書・研修期間自己申告書 (様式 C-2)
- (3) 「口腔外科専門医」認定証の写し (A4版縮小)
- (4) 在籍（職）証明書 (様式 C-3)
- (5) 准研修施設に勤務した期間を研修期間に算定する場合は、次の証明書を提出してください。
准研修施設在籍（職）証明書 (様式 C-3-1)
- (6) 本学会12年間以上継続会員証明書 (様式 C-4)
- (7) 推薦書（複数の指導医による） (様式 C-5)
- (8) 研修実績報告書
学会参加・発表、研修会参加 (様式 C-6、C-6-1)
- (9) 診療実績報告書
 - 1) 口腔外科手術（一覧） (様式 C-7)
 - 2) 同（症例報告） (様式 C-7-1)
- (10) 論文業績 (様式 C-8)
- (11) 小論文 (様式 C-9)
- (12) 本学会「禁煙推進宣言」に対する同意書 (様式 C-10)
- (13) 手術実地審査協力内諾書 (様式 C-11)
- (14) 審査料 振込の控え（写）

2. 書類作成について（年月日はすべて西暦で記入してください）

(1) 指導医認定申請書（様式C-1）

「主たる勤務先」欄は、現在本務としている施設名及び講座又は診療科名（大学に所属する場合は、本学会で定めた略称も可）を記入してください。

「申請者氏名」は自筆に限ります。押印は常用の認め印で結構です。（注）氏名は歯科医師免許証又は医師免許証に記載されているものと同じ字体としてください（例：沢→澤・斉藤→斎藤・崎→崎・広→廣 など）。提出された申請書についての問い合わせは、会員専用ページ「MyWeb」に登録の電子メールアドレスあてへ送信しますのでご留意願います。

(2) 履歴書及び研修期間自己申告書（様式C-2）

a) 履歴書は、「学歴・資格・免許・専門医等の事項」と「職歴・研修歴等の事項」を分けて記載してください。

- b) 学歴は、大学卒業以降、大学院、研究生、専攻生、学位などを記入してください。
- c) 資格・免許・専門医等は、歯科医師免許又は医師免許取得、他学会・学術団体の専門医取得などを記入してください。
- d) 職歴・研修歴等は、大学卒業以降に勤務もしくは研修を行った医療施設名と期間を記入してください。
- e) 研修期間自己申告書の「研修期間」とは、本学会認定の研修施設又は准研修施設において、常勤の態様（週3日以上）で研修した期間を示します。
- f) 研修期間の算定は、規則第17条により歯科医師又は医師免許取得後から起算します。初期臨床研修（歯科医師は1年、医師は2年）期間を研修期間に算入することができます。ただし、学会入会前の研修期間は算定されません。
- g) 本学会入会後における臨床系大学院在学期間は研修期間に算定されますので、自己申告書の欄にも記載してください。
- h) 本学会入会後における社会人大学院生の場合、研修期間の算定は所属する施設や研修内容により判定しますのであらかじめお問い合わせください。
- i) 全身管理研修で麻酔科や救急部に勤務した期間は1年間まで研修期間に算定することができます。
- j) 研修施設、准研修施設の名称、認定番号及び認定日は正確にご記入ください。（学会HP「研修施設一覧」「准研修施設一覧」参照）
- k) 准研修施設において研修した期間は、細則第25条第2項の規定により4分の3に換算して算定されますが、この場合、細則第25条第3項1号に定める証明書（様式C-3-1）を必要とします。
- l) 研修期間の算出は次の方式に従いますので留意してください。
 - (a) 研修期間の計算は、月を単位として行うものとします。
 - (b) 研修期間の計算を行う場合、1か月のうちに研修施設と准研修施設に勤務した期間があるとき、又は、換算率の異なる2つ以上の施設があるときは、申請者にとって有利な方の経歴の期間にかかる月として取り扱うものとします。
 - (c) 前項により換算した年数に、1か月未満の端数が生じたときは、これを1か月に切り上げるものとします。

〔解説〕

1. △△総合病院（准研修施設施設）で研修した場合
2015.12.6～2017.4.15は、実日数は1年4か月と10日ですが、これは(a)により1年5か月と計算。その4分の3、すなわち $17\text{月} \times 3 \div 4 = 12.75$ は、(c)により13月（1年1か月）と算定する。
2. ○○市民病院（2016.10.1准研修施設認定、2018.10.1 研修施設認定）で研修した場合
2017.12.6～2019.4.15は、2017.12.6～2018.9.30と2018.10.1～2019.4.15に分けられる。
2017.12.6～2018.9.30は $10\text{月} \times 3 \div 4 = 7\text{月}と15\text{日}$ 、2018.10.1～2019.4.15は6月と15日で、7月と15日+6月と15日で14月（1年2月）と算定する。
- m) 規則第17条第1項第6号に『「口腔外科専門医」取得後3年以上、口腔外科に関する診療に従事していること』とありますが、これは「口腔外科専門医の認定日から3年以上」ということですのでご注意ください。

(3) 「口腔外科専門医」認定証の写し A4版に縮小コピーして添付してください。

(4) 在籍（職）証明書（様式C-3）

申請者が臨床研修修了後（ただし、2006年以前に歯科医籍もしくは医籍登録をされた方は歯科医籍もしくは医籍登録後）に在籍（職）し、口腔外科に関する診療に従事した研修施設、准研修施設の「機

関の長」による在籍(職)証明書を提出してください。この「機関の長」とは、当該機関として証明権を有する学長・学部長あるいは病院長等で、公印の押印が必要です。

(注) 勤務態様は「週3日以上勤務」を常勤とします。

歯科系大学・歯学部もしくは医科系大学・医学部の大学院生・研究生・専攻生等の場合は、学長・研究科長あるいは学部長による在籍証明書を提出してください。所定の証明書でも差支えありませんが、在学期間・専攻名が明記されたものとしてください。

(5) 准研修施設在籍(職)証明書(様式C-3-1)

准研修施設在籍(職)証明書は、上記(4)に準じてください。複数の准研修施設に勤務した場合は、施設ごとに証明書を提出してください。

なお、細則第18条第4項に示す「研修施設及び准研修施設以外の医療施設」において口腔外科に関連した診療に従事した期間を申請する場合はあらかじめ学会事務局にお問い合わせください。証明書は「准研修施設在籍(職)証明書様式C-3-1」を準用してください。「研修施設及び准研修施設以外の医療施設」とは、例えば「・・・がんセンター」のように症例の分野が限られているため、本学会研修施設の認定が難しい施設のことです。

(6) 本学会12年間以上継続会員証明書(様式C-4)

学会会員証明書には、申請者氏名・会員番号・学会入会日のみを記入してください。申請書受付後に事務局で確認のうえ押印いたします。(会員番号・学会入会日は学会ホームページ会員専用ページ「MyWeb」で確認してください。)

(7) 指導医による推薦書(様式C-5)

規則第18条第2項に基づき、指導医申請者は「推薦書」を専門医制度委員会へ提出してください。推薦書は、申請者をよく知る2名の指導医により、申請者が指導医として十分な研修がなされている旨の証明をかねたもので、指導医ごとに所定の用紙に自署・押印をいただいでください。

(8) 研修実績報告書(様式C-6、C-6-1)

細則第26条に基づき、申請前3年間(申請締切日から遡及して3年前の4月1日以降)における学会参加、学会発表、研修会参加について報告書(様式C-6)の各欄に記載してください。

a) 学会参加・学会発表は、本学会学術大会、支部学術集会又は指定する関連学会(別表3)への参加ならびに発表により、別表1に定める単位に基づき75単位以上(100単位以内)を取得してください。なお、学会発表はポスター発表も該当します。

b) 研修会は、本学会が主催する教育研修会及び歯科臨床医リフレッシュセミナーの両方に1回以上参加しなければなりません。

(注) 上記a)、b)については、参加証等貼付用紙(様式C-6-1)に学会参加証、研修会修了証のコピーを貼付してください。

2015年10月以降の本学会学術大会及び支部学術集会参加、教育研修会及び歯科臨床医リフレッシュセミナー受講については会員証で登録済みのため参加証、受講証のコピーは不要です。

学会発表については、プログラム又は抄録の該当部分のコピーを添付してください。なお、本学会支部学術集会で発表した演題は、本学会雑誌掲載の「支部学術集会講演題目」の該当部分のコピーでも構いません。

(9) 診療実績報告書(様式C-7、C-7-1)

細則第27条第1項に基づき、口腔外科専門医資格取得後に執刀した口腔外科手術60症例以上[手術難易度区分表(別表5)のレベルII以上]について、A~Dの分野順に口腔外科手術一覧表(様式C

ー7)に記載してください。ただし、A-1分野のレベルⅡについては、口腔外科手術一覧表に記載する症例数の上限を「10例」とします。

複数の研修施設もしくは准研修施設で手術を執刀した場合は、用紙を変えて施設ごとに記載し、様式C-7の左端の番号は一連の番号になるように記入してください。

次に、口腔外科手術一覧表のうち、代表的な15症例（レベルⅡ以上の手術）を選択し、下記①～③に従い、各症例の「臨床経過及び治療・手術内容等」を手術症例報告（様式C-7-1）に記載してください。なお、手術症例報告の左上の番号は、一覧表（様式C-7）の左側の番号と整合させてください。

- ① 様式C-7、C-7-1に記載する手術名は手術難易度区分表に準じ、部位を含めて具体的に記載してください。
- ② 手術症例報告は1症例につき1枚とし、記載内容は大きく【臨床経過ならびに術前所見】と【手術の概要】に分けて記載し、書式の枠内に収まるようにしてください。
- ③ 手術の概要は、術前所見、術式、手術手順、術中経過（異常があればその所見を含む）に加えて、麻酔時間、手術時間、出血量、輸血の有無など日常臨床における手術記録に準ずるものを記載してください。記載例を参考にして審査委員に分かりやすく記載してください。また、1症例ごとに術式が理解できるような図を付して下さい。ただし、付図は申請者自らが手書きしたものとし、鉛筆書きは不可とします。なお、付図をコピー又はスキャンし、書式の枠内に貼付しても差し支えありません。

(10) 論文業績（C-8）

規則第18条第1項第8号、細則第28条に基づき、論文業績を様式C-8に記載してください。

- 1) 論文は、申請前の10年間（申請締切日から遡及して10年前の4月1日以降の期間）に、別表4に定める「指定学術雑誌」に掲載された口腔外科学に関する学術論文10編以上とし、これに日本口腔外科学会雑誌又はInternational Journal of Oral and Maxillofacial SurgeryもしくはJournal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology（旧Asian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery）の掲載論文3編以上を含んでいることが必要です。
- 2) 上記「10編以上」のうち、筆頭著者論文は3編以上を要し、その内1編以上は日本口腔外科学会雑誌又は上記の英文雑誌に掲載された論文でなければなりません。
- 3) 日本口腔外科学会雑誌又は上記の英文雑誌に筆頭著者として掲載された論文は、論文業績2編として換算されます。論文総数は実質9編で10編、筆頭論文数は実質2編で3編となります。
- 4) 国際口腔顎顔面外科専門医資格取得者は、日本口腔外科学会雑誌又は上記の英文雑誌に筆頭著者論文1編が掲載されたものとみなされます。
- 5) 別表4に定める「指定学術雑誌」以外に掲載された論文や学内誌、院内誌に掲載された論文については別冊を添付して申請してください。論文の内容を専門医制度委員会で審査の上、認定されれば論文業績として算定されます。別冊のかわりに雑誌の該当ページのコピー、電子ジャーナルの印刷も可とします。
- 6) 印刷発行予定又はオンライン公開予定の論文については、発行年月欄に採択日を記載し、掲載証明書又は採択が明記された書類を提出してください。なお、投稿中の論文は実績として算定されませんのでご注意ください。
- 7) 論文業績の記載にあたっては、代表的な論文15編以内としてください。

(11) 小論文（様式C-9）

下記テーマにより、口腔外科に関する診療、教育及び研究について申請者の見識と抱負を伺うものです。様式C-9に1,000字程度で記載してください。

テーマ「口腔外科臨床に求められる医療倫理について」

(12) 本学会「禁煙推進宣言」に対する同意書（様式C-10）

同意書に必要な事項を記載の上、自署・押印し、提出してください。

(13) 手術実地審査協力内諾書（様式C-11）

書類審査により申請資格ありと認められた申請者は面接及び手術実地審査を受けることとなりますので、手術実地審査を実施する医療施設の長による「手術実地審査協力内諾書」を提出してください。なお、面接及び手術実地審査の実施要領は次のとおりです。

- 1) 面接及び手術実地審査員は、専門医制度委員会委員1名及び専門医制度委員会委員長が指名する近隣の代議員（指導医資格を有する者）1名とします。なお、手術実地審査員が申請者の口腔外科研修における直接的指導者であった場合、その実地審査には関与しないものとします。
- 2) 面接及び手術実地審査を受ける申請者は、通知された担当の審査員とEメールで日程を調整し、様式C-12により手術症例の難易度等を確認していただけてください。実地審査期間は、書類審査後、翌年の1月末までです。
- 3) 審査対象となる手術症例は、手術難易度区分表（別表5）の内、原則としてレベルⅡ以上で指導医の実地審査症例としてふさわしい症例とします。ただし、A-1分野は除きます。

3. 連絡先：資格審査に関する連絡は、学会HPの会員専用ページ「MyWeb」に登録のEメールアドレスへ、諸通知は学会雑誌送付先へ送付しますので、変更があった場合は、会員専用ページ「MyWeb」で変更してください。

4. 認定審査料60,000円（内税）は、申請者本人名で下記口座へお振込みください。その際、できましたら名前の後ろに「指導医審査料」と入力してください。また、お振込み後、ATMの場合は「振込明細書」のコピーを、インターネットバンキングの場合は「振込画面のハードコピー」を申請書に添付してください。

ゆうちょ銀行 〇一九店 当座 0171269 公益社団法人日本口腔外科学会専門医

インターネットバンキングでの振込先口座名義「コウシャ）ニホンコウクウゲカガツカイセンモンイ」

※郵便局での振込の場合は、備え付けの「郵便振替払込取扱票（青色）」に所要事項を記載し、下記口座にお振込みください。なお、備考欄には「指導医審査料」と記載してください。お振込み後右端の「郵便振替払込請求書兼受領書」のコピーを添付してください

郵便振替 00190-9-171269

加入者名 公益社団法人日本口腔外科学会専門医

◇ お問合せは電子メール(accredit@jsoms.or.jp)でお願いします。

◇ 申請書の提出は、封筒の表に「口腔外科指導医申請書在中」と明記し、レターパック（簡易書留、特定記録、宅急便も可）で下記宛郵送してください。受領通知は送付いたしませんので、各自郵便追跡サービス又は宅急便の追跡サービス等で配送を確認してください。

〒108-0074 東京都港区高輪2-20-26-202

(公社)日本口腔外科学会 専門医制度委員会

◇ 申請書受付期間：

2019年4月1日～4月30日（消印有効）

◇ 審査から認定までの日程は、2019年4月上旬に学会HPの

「専門医制度について」に掲載します。

認定日は2020年4月1日になります。

以上

学会参加証コピー

第45回(社)日本口腔外科学会総会
所属 東亜医科大学歯学部/口外
氏名 泉岳太郎
No. 002747
お願い
1. 氏名、所属は各自記入ください。
2. 胸の写真を貼付し、ご使用ください。
3. 本年会費は別途に付けていない場合はお断りいたします。
参加証
貴方は表記学会に出席し研究討議に参加したことを証明する。
平成12年10月12日・13日
第45回(社)日本口腔外科学会総会
総会長 野村
領収書
金 13,000円也
参加費として領収いたしました。
平成12年10月12日・13日
第45回(社)日本口腔外科学会総会
総会長 野村

必要な部分

D. 研修施設の申請について

公益社団法人日本口腔外科学会「専門医制度規則及び施行細則」（2016年11月24日 一部改正）に基づき、以下の要領に従って申請してください。

なお、申請書は、原則として本学会ホームページの会員専用ページ「MyWeb」からダウンロードした「申請用文書ファイル」を用いるものとします。入力文字は、明朝体フォント、サイズ10～12ポイントとし、行送りは15ポイント程度としてください。署名を除き手書きは不可、印刷は片面印刷とします。

（注）研修施設とは、規則第21条に基づき、「口腔外科疾患全般を診療対象とし、十分な指導体制の下に口腔外科全般の研修が可能な施設（診療科・センター・部門等）」を示しますので、当該診療科等の代表者（主任者・診療科長等）が申請等の手続きを行うことになります。

従って、歯科系大学病院や歯学部附属病院等において、複数の診療科・センター・部門（以下「診療科等」という。）が独立して口腔外科診療を担当し、研修施設としての要件を満たしている場合は、同一医療施設内において複数の研修施設が認定されることもありますのでご留意ください。

1. 研修施設の認定申請に必要な書類

研修施設の申請にあたっては規則第23条及び細則第33条、第34条に示す次の関係書類に、認定審査料30,000円（内税）を添えて研修施設資格認定審査会（以下「研修施設審査会」という。）に提出してください。

- | | |
|---|------------|
| (1) 研修施設認定申請書 | (様式 D-1) |
| (2) 申請施設内容説明書 | (様式 D-2) |
| (3) 指導医の勤務証明書 | (様式 D-3) |
| (4) 最近1年間の診療実績調書 | |
| 1) 全身麻酔下あるいは静脈内鎮静法による口腔外科手術 | (様式 D-4-1) |
| 2) 口腔外科疾患入院症例 | (様式 D-4-2) |
| (5) 最近3年間の全身麻酔下あるいは静脈内鎮静法による口腔外科手術症例報告書 | (様式 D-5) |
| (6) 実地調査協力内諾書 | (様式 D-6) |
| (7) 病院等の「概要」（パンフレットなど） | 3部 |
| (8) 審査料 振込の控え（写） | |

2. 書類作成について（年月日はすべて西暦で記入してください）

(1) 研修施設認定申請書（様式D-1）

申請者欄には、正式な医療施設の名称・診療科等の名称及び診療科等の代表者（主任者・診療科長等）の職名・氏名を記入してください。連絡先には、資格審査に係る問い合わせや実地調査等に対応する責任者を明記してください。提出された申請書についての問い合わせは、申請責任者が会員専用ページ「MyWeb」に登録した電子メールアドレスあてへ送信しますのでご留意願います。

(2) 申請施設内容説明書（様式D-2）

細則第33条に基づき、研修施設の内容に関する必要事項を申告してください。証明者欄には申請する診療科等が所属する医療施設名ならびに施設の長（病院長など）の職名・氏名を記載し、押印してください。「診療科等の名称」は当該医療施設で用いられる正式な名称を記載してください。

- 「口腔外科使用可能病床数」については、申請する診療科等に特定の病床が配分されていない場合は「定床無し」と記載してください。
- 「歯科医師・医師数」については、申請時の現状に則した人員を記載してください。

- 3) 「外来新患者数」については、申請前の1年間（例えば、2014年4月申請の場合は、2013年1月～12月）において「申請する診療科等を受診した初診患者数（再来新患を含んでも良い）」を記載してください。医療施設全体の患者数は認められませんのでご注意ください。
- 4) 「図書」の書籍数は、申請する診療科等もしくは医療施設に保管されている口腔外科に関する書籍の概数を記載してください。ただし、100冊を超える場合は、例えば「約300冊以上」のように記載して構いません。また、口腔外科に関する定期刊行物数は総数ではなく、刊行物の数を記入してください。例えば、3つの学会雑誌を定期購読している場合は「3」となります。
- 5) 「研修教育」の欄には、申請する診療科等もしくは医療施設において定期的に開催される「カンファランス（症例検討会）」や「抄読会・集談会」、「キャンサーボード」、「医療セミナー」、など、口腔外科もしくは医療全般の研修・教育に資する行事の名称と開催回数を記載してください。
- 6) 「歯科診療チェアユニット」の欄には、申請する診療科等に設置され、専有もしくは共有するユニット台数を記載してください。

画像診断撮影機器は、申請する診療科等もしくは医療施設に設置されているパノラマX線写真撮影装置やデンタルX線写真撮影装置、CT、MRI、PET撮影装置の台数を記載してください。「その他、特殊な診療設備」の欄には、申請する診療科等が専有する特殊な診療設備があればその名称と台数を記載してください。

- (3) **指導医の勤務証明書（様式D-3）**は、申請する研修施設（診療科等）に常勤している指導医についての当該医療施設の長（学長、学部長もしくは病院長等）の証明書です。

- a) 常勤指導医の氏名・職名・当該施設に勤務した期間・指導医認定番号などを記載してください。
- b) 上記の期間中、常勤指導医の職名に異動があった場合は、職名欄内に（「2013年9月まで講師、10月より助教授」のように）併記してください。

なお、指導医が新たに赴任した場合は、1年間の診療実績が生ずるまで研修施設の申請はできません。常勤歯科医師又は医師が新たに指導医資格を取得した場合も同様に、資格取得後1年間の診療実績が得られた後に申請してください。

- (4) **最近1年間の診療実績調書（様式D-4-1、D-4-2）**

研修施設の必須要件は、口腔外科の研修に十分な臨床症例を有することです。したがって、研修施設を審査するうえで最も重視します。診療実績による可否の目安は、全身麻酔下あるいは静脈内鎮静法による口腔外科手術50例以上（このうち静脈内鎮静法は20例まで）、口腔外科疾患入院症例80例以上の診療実績を有することです。

ただし、多少の症例数の不足で認定の可否を判断するものではありませんが、疑義のある場合は、地域的に至近の指導医に意見を求めることがあります。なお、有病者等の普通抜歯は対象症例とはなりませんのでご注意ください。

また、申請施設が口腔外科疾患全般を対象としていない場合は、規則第21条第2項の規定に従って審査しますので、実状通りに診療実績を記載して下さい。

- a) 最近1年間の診療実績を手術難易度区分表（別表5）のA-1～D-3の順に記入してください。
- b) 「診療期間」の欄は、申請前年の1月～12月です。
- c) 全身麻酔下あるいは静脈内鎮静法による口腔外科手術の手術名及び分野記号は、別表5を参考にして、保険病名ではなく診断に基づいた手術名を記載してください。なお、症例数を記入する際、同時に複数の疾病の手術を行った症例は、主な手術を1例として扱うものとします。
- d) 入院症例数は、入院日数にかかわらず入院1名を1例として扱うものとします。また、デイスター

ジェリー等による短期入院については、入院症例数に算定して構いません。

e) 申請する研修施設（診療科）の指導医は、各調書の末尾に自署・押印してください。

(5) 最近3年間の全身麻酔下あるいは静脈内鎮静法による口腔外科手術症例報告書（様式D-5）の記載は、様式D-4-1の記入方法を参照してください。

(6) 実地調査協力内諾書（様式D-6）

申請書類審査により資格有りと判定された申請施設に対し、実地調査を行いますので、あらかじめ施設長による「実地調査協力内諾書」を提出してください。実地調査の実施要領は次のとおりです。

1) 研修施設実地調査員は、研修施設審査会委員1名及び研修施設審査会委員長が指名する近隣の代議員（指導医資格を有する者）1名とします。

2) 研修施設実地調査員が申請研修施設に関連している場合、その実地調査には関与しないものとします。

3. 実地調査の準備及び留意点

(1) 調査当日は、原則として申請者（診療科主任者）がお立会ください。もし、正当な理由により申請者が立ち会えない場合は、申請書の内容を説明できる方を代理人としてもかまいませんが、実地調査日前に必ず不在の理由と代理人の氏名・職責等を学会事務局までご連絡ください。

(2) 実地調査では、申請書の記載内容について確認します。申請する診療科もしくは医療施設の事情にかかわらず、実地調査員が効率良く確認作業ができるように関係資料を整理し、特に、下記の事項については十分説明ができるように内容確認と準備をしておいてください。

申請書の内容と実地調査の結果に不整合があった場合は、不合格になることがありますのでご注意ください。

・指導医・専門医、歯科医師・医師、スタッフについて

人数と勤務態様を確認できるもの、例えば勤務表等。

・診療実績について

申請書の作成に際し診療実績の元となった新患台帳・手術実施記録・入院簿又はこれに類するもの。電子カルテの場合はプリントアウトで確認ののち、画面上で何件か確認をします。事前に担当部署と打ち合わせておいてください。なお、台帳が他科と一緒に綴じられている場合は、あらかじめ口腔外科の症例のみ別にしておいてください。

・研修教育について

カンファレンスや抄読会などの記録

・申請する診療科等が使用可能な診療設備について

診療に差支えない範囲で確認します。

・医療安全について

医療安全委員会等への参加記録を用意してください。また、医療安全マニュアルの保管状況等を確認します。

4. 連絡先：資格審査に関する連絡は、申請責任者の学会HP会員専用ページ「MyWeb」に登録のEメールアドレスへ、諸通知は申請責任者の学会雑誌送付先へ送付しますので、変更があった場合は、会員専用ページ「MyWeb」で変更してください。

5. 認定審査料30,000円（内税）は、施設名及び診療科名で下記口座へお振込みください。その際、できましたら施設名の後ろに「研修施設審査料」と入力してください。また、お振込み後、ATMの場合は「振込明細書」のコピーを、インターネットバンキングの場合は「振込画面のハードコピー」を申請書に添付してください。

ゆうちょ銀行 〇一九店 当座 0171269 公益社団法人日本口腔外科学会専門医

インターネットバンキングでの振込先口座名義「コウシャ）ニホンコウクウゲカガツカイセンモンイ」

※郵便局での振込の場合は、備え付けの「郵便振替払込取扱票（青色）」に所要事項を記載し、下記口座にお振込みください。なお、備考欄には「研修施設審査料」と記載してください。お振込み後右端の「郵便振替払込請求書兼受領書」のコピーを添付してください

郵便振替 00190-9-171269 加入者名 公益社団法人日本口腔外科学会専門医

- ◇ お問合せは電子メール（accredit@jsoms.or.jp）でお願いします。
- ◇ 申請書の提出は、封筒の表に「研修施設認定申請書在中」と明記し、レターパック（簡易書留、特定記録、宅急便も可）で下記宛郵送してください。受領通知は送付いたしませんので、各自郵便追跡サービス又は宅急便の追跡サービス等で配送を確認してください。
〒108-0074 東京都港区高輪2-20-26-202
(公社)日本口腔外科学会 研修施設資格認定審査会
- ◇ 申請書受付期間：2019年4月1日～4月30日（消印有効）
- ◇ 審査から認定までの日程は、2019年4月上旬に学会HPの「専門医制度について」に掲載します。
認定日は2019年10月1日になります。

以 上

E. 准研修施設の申請について

公益社団法人日本口腔外科学会「専門医制度規則及び施行細則」（2016年11月24日 一部改正）に基づき、以下の要領に従って申請してください。

なお、申請書は、原則として本学会ホームページの会員専用ページ「MyWeb」からダウンロードした「申請用文書ファイル」を用いるものとします。入力文字は、明朝体フォント、サイズ10～12ポイントとし、行送りは15ポイント程度としてください。署名を除き手書きは不可、印刷は片面印刷とします。

（注）准研修施設とは、規則第22条に基づき、「口腔外科疾患を診療対象とし、指導医又は専門医の下に研修施設に準ずる口腔外科研修が可能な施設（診療科・センター・部門など）」を示しますので、当該診療科の代表者（主任者・診療科長等）が申請等の手続きを行うことになります。

従って、歯科系大学病院や歯学部附属病院等において、複数の診療科・センター・部門（以下「診療科等」という。）が独立して口腔外科診療を担当し、准研修施設としての要件を満たしている場合は、同一医療施設内において複数の研修施設もしくは准研修施設が認定されることもありますのでご注意ください。

1. 准研修施設の認定申請に必要な書類

准研修施設の申請にあたっては規則第25条及び細則第35条に示す次の関係書類に、認定審査料20,000円（内税）を添えて研修施設資格認定審査会（以下「研修施設審査会」という。）に提出してください。

- (1) 准研修施設認定申請書 (様式 E-1)
- (2) 申請施設内容説明書 (様式 E-2)
- (3) 専門医又は指導医勤務証明書（常勤） (様式 E-3-1)
定期的に診療に従事する指導医勤務証明書 (様式 E-3-2)
- (4) 関連施設証明書 (様式 E-4)
- (5) 最近1年間の診療実績調書
 - 1) 全身麻酔下あるいは静脈内鎮静法による口腔外科手術 (様式 E-5-1)
 - 2) 口腔外科疾患入院症例 (様式 E-5-2)
- (6) 最近3年間の全身麻酔下あるいは静脈内鎮静法による口腔外科手術症例報告書 (様式 E-6)
- (7) 実地調査協力内諾書 (様式 E-7)
- (8) 病院等の「概要」（パンフレットなど） 3部
- (9) 審査料 振込の控え（写）

2. 書類作成について（年月日はすべて西暦で記入してください）

(1) 准研修施設認定申請書（様式 E-1）

申請者欄には、正式な医療施設の名称・診療科等の名称及び診療科等の代表者（主任者・診療科長等）の職名・氏名を記入してください。連絡先には、資格審査に係る問い合わせや実地調査等に対応する責任者を明記してください。提出された申請書についての問い合わせは、申請責任者が会員専用ページ「MyWeb」に登録した電子メールアドレスあてへ送信しますのでご留意願います。

(2) 申請施設内容説明書（様式 E-2）

細則第35条に基づき、研修施設の内容に関する必要事項を申告してください。証明者欄には申請する診療科等が所属する医療施設名ならびに施設の長（病院長など）の職名・氏名を記載し、押印してください。「診療科等の名称」は当該医療施設で用いられる正式な名称を記載してください。

なお、准研修施設であっても「有床の医療機関」であることが条件となっていますのでご注意ください（細則第35条第2項）。

- 1) 「口腔外科使用可能病床数」については、申請する診療科等に特定の病床が配分されていない場合は「定床無し」と記載してください。
- 2) 「歯科医師・医師数」については、申請時の現状に則した人員を記載してください。
- 3) 「外来新患者数」については、申請前の1年間（例えば、2014年4月申請の場合は、2013年1月～12月）において「申請する診療科等を受診した初診患者数（再来新患を含んでも良い）」を記載してください。医療施設全体の患者数は認められませんのでご注意ください。
- 4) 「図書」の書籍数は、申請する診療科等もしくは医療施設に保管されている口腔外科に関する書籍の概数を記載してください。ただし、100冊を超える場合は、例えば「約300冊以上」のように記載して構いません。また、口腔外科に関する定期刊行物数は総数ではなく、刊行物の数を記入してください。例えば、3つの学会雑誌を定期購読している場合は「3」となります。
- 5) 「研修教育」の欄には、申請する診療科等もしくは医療施設において定期的に開催される「カンファレンス（症例検討会）」や「抄読会・集談会」、「キャンサーボード」、「医療セミナー」、など、口腔外科もしくは医療全般の研修・教育に資する行事の名称と開催回数を記載してください。
- 5) 「歯科診療チェアユニット」の欄には、申請する診療科等に設置され、専有もしくは共有するユニット台数を記載してください。

画像診断撮影機器は、申請する診療科等もしくは医療施設に設置されているパノラマX線写真撮影装置やデンタルX線写真撮影装置、CT、MRI、PET撮影装置の台数を記載してください。

「その他、特殊な診療設備」の欄には、申請する診療科等が専有する特殊な診療設備があればその名称と台数を記載してください。

(3) 専門医又は指導医の勤務証明書（様式E-3-1）

1. 申請する診療科等に常勤している専門医又は指導医についての当該医療施設の長（学長、学部長もしくは病院長等）の証明書です。
 - a) 常勤の専門医又は指導医の氏名・職名・当該施設に勤務した期間・専門医又は指導医認定番号などを記載してください。
 - b) 上記の期間中、常勤の専門医又は指導医の職名に異動があった場合は、職名欄内に（「2013年9月まで副部長、10月より部長」のように）併記してください。
2. 専門医や指導医が不在で、本学会認定指導医が定期的（月1回以上）に口腔外科疾患の診療や指導に従事している場合は、当該医療施設の長（学長、学部長もしくは病院長等）による指導医の勤務証明書（様式E-3-2）を提出してください。
 - a) 指導医の氏名・職名・当該施設に勤務した期間・勤務態様・指導医認定番号などを記載してください。

なお、指導医が新たに赴任した場合は、1年間の診療実績が生ずるまで准研修施設の申請はできません。常勤歯科医師・医師が新たに専門医又は指導医資格を取得した場合や定期的に診療に従事する指導医が勤務を開始した場合も同様に、資格取得・勤務開始後1年間の診療実績が得られた後に申請してください。

(4) 関連施設証明書（様式E-4）

上記(3)2.に該当する指導医は、申請施設・診療科等が指導医の所属する研修施設と連携して口腔外科研修を実施する施設であることの証明書を提出してください。

(5) 最近1年間の診療実績調書（様式E-5-1、E-5-2）

准研修施設の必須要件は、口腔外科の研修に必要な臨床症例を有することです。したがって、准研修施設を審査するうえで最も重視します。診療実績による可否の目安は、申請前の1年間において、全身麻酔下あるいは静脈内鎮静法による口腔外科手術20例以上（このうち静脈内鎮静法は10例まで）、口腔外科疾患入院症例30例以上の診療実績を有することです。

ただし、多少の症例数の不足で認定の可否を判断するものではありませんが、疑義のある場合は、地域的に至近の指導医に意見を求めることがあります。なお、有病者等の普通抜歯は対象症例とはなりませんのでご注意ください。

また、申請施設（診療科等）が口腔外科疾患全般を対象としていない場合は、規則第22条第2項の規定に従って認定審査の対象となりますので、実状通りに診療実績等を記載して下さい。

- a) 最近1年間の診療実績を「手術難易度区分表」（別表5）のA～Dの順に記入してください。
- b) 上記（3）2. に該当する施設の場合は、指導医が最近1年間の診療実績を確認してください。
- c) 「診療期間」の欄は、申請前年の1月～12月です。
- d) 全身麻酔下あるいは静脈内鎮静法による口腔外科手術の手術名及び分野記号は、別表5を参考にし、保険病名ではなく診断に基づいた手術名を記載してください。なお、症例数を記入する際、同時に複数の疾病の手術を行った症例は、主な手術を1例として扱うものとします。
- e) 入院症例数は、入院日数にかかわらず入院1名を1例として扱うものとします。また、デイサージャリー等による短期入院については、入院症例数に算定して構いません。
- f) 各調書（E-5-1、E-5-2）下段の記載欄には、左の欄は申請施設（診療科等）の主任者（代表者）が、右の欄は常勤専門医又は指導医もしくは定期的に診療に従事する指導医が各々自署・押印してください。左右の欄の記載者が同一人であっても必ず各々に自署・押印してください。

(6) 最近3年間の全身麻酔下あるいは静脈内鎮静法による口腔外科手術症例報告書（様式E-6）の記載は、様式E-5-1の記入方法を参照してください。

(7) 実地調査協力内諾書（様式E-7）

申請書類審査により資格有りと判定された申請施設に対し、実地調査を行いますので、あらかじめ施設長による「実地調査協力内諾書」を提出してください。実地調査の実施要領は次のとおりです。

- 1) 准研修施設実地調査員は、研修施設審査会委員1名及び研修施設審査会委員長が指名する近隣の代議員（指導医資格を有する者）1名とします。
- 2) 准研修施設実地調査員が申請施設に関連している場合、その実地調査には関与しないものとします。

3. 実地調査の準備及び留意点

- (1) 調査当日は、原則として申請者（診療科主任者）がお立会いください。もし、正当な理由により申請者が立ち会えない場合は、申請書の内容を説明できる方を代理人としてもかまいませんが、実地調査日前に必ず不在の理由と代理人の氏名・職責等を学会事務局までご連絡ください。
- (2) 実地調査では、申請書の記載内容について確認します。申請する診療科もしくは医療施設の事情にかかわらず、実地調査員が効率良く確認作業ができるように関係資料を整理し、特に、下記の事項については十分説明ができるように内容確認と準備をしておいてください。

申請書の内容と実地調査の結果に不整合があった場合は、不合格になることがありますのでご注意ください。

- ・指導医・専門医、歯科医師・医師、スタッフについて

人数と勤務態様を確認できるもの、例えば勤務表（非常勤も含む）等。

・診療実績について

申請書の作成に際し診療実績の元となった新患台帳・手術実施記録・入院簿又はこれに類するもの。電子カルテの場合はプリントアウトで確認ののち、画面上で何件か確認をしますので、事前に担当部署と打ち合わせておいてください。なお、台帳が他科と一緒に綴じられている場合は、あらかじめ口腔外科の症例のみ別にしておいてください。

・研修教育について

カンファレンスや抄読会などの記録

・申請する診療科等が使用可能な診療設備について

診療に差支えない範囲で確認します。

・医療安全について

医療安全委員会等への参加記録を用意してください。また、医療安全マニュアルの保管状況等を確認します。

4. **連絡先：准研修施設の資格審査に関する連絡は、申請責任者の学会HP会員専用ページ「MyWeb」に登録のEメールアドレスへ、諸通知は申請責任者の学会雑誌送付先へ送付しますので、変更があった場合は、会員専用ページ「MyWeb」で変更してください。**

5. **認定審査料20,000円（内税）は、施設名及び診療科名で下記口座へお振込みください。その際、できましたら施設名の後ろに「准研修施設審査料」と入力してください。また、お振込み後、ATMの場合は「振込明細書」のコピーを、インターネットバンキングの場合は「振込画面のハードコピー」を申請書に添付してください。**

ゆうちょ銀行 〇一九店 当座 0171269 公益社団法人日本口腔外科学会専門医

インターネットバンキングでの振込先口座名義「コウシャ）ニホンコウクウゲカガツカイセンモンイ」

※郵便局での振込の場合は、備え付けの「郵便振替払込取扱票（青色）」に所要事項を記載し、下記口座にお振込みください。なお、備考欄には「准研修施設審査料」と記載してください。お振込み後右端の「郵便振替払込請求書兼受領書」のコピーを添付してください

郵便振替 00190-9-171269 加入者名 公益社団法人日本口腔外科学会専門医

◇ お問合せは電子メール（accredit@jsoms.or.jp）でお願いします。

◇ **申請書の提出は、封筒の表に「准研修施設認定申請書在中」と明記し、レターパック（簡易書留、特定記録、宅急便も可）で下記宛郵送してください。受領通知は送付いたしませんので、各自郵便追跡サービス又は宅急便の追跡サービス等で配送を確認してください。**

〒108-0074 東京都港区高輪2-20-26-202

（公社）日本口腔外科学会 研修施設資格認定審査会

◇ **申請書受付期間：2019年4月1日～4月30日（消印有効）**

◇ **審査から認定までの日程は、2019年4月上旬に学会HPの「専門医制度について」に掲載します。**
認定日は2019年10月1日になります。

以 上

【記載例】

履 歴 書 (口腔外科認定医申請用) 2006 年より前の歯科医籍登録

A-2

(ふりがな)	○○ ○○ ○○ ○○					
氏 名	○ ○ ○ ○		(M) ・ F	1981 年 1 月 13 日生 (35 歳)		
現住所	愛知県名古屋市○○区△△町 1 丁目 5 番地					
年	月	日	学歴・資格・免許・専門医等の事項			
2005	3	15	○○大学歯学部歯学科卒業			
2005	4	10	○○大学大学院歯学研究科入学 (口腔外科学第 2 講座)			
2005	4	22	第 94 回歯科医師国家試験合格			
2005	5	10	歯科医籍登録 第 089743 号			
2009	3	21	○○大学大学院歯学研究科修了 博士 (歯学) の学位授与			
自		至		職歴・研修歴等の事項		
2005	4	1	2009	3	31	○○大学歯学部附属病院第 2 口腔外科医員
2009	4	1	2016	8	26	△△市立総合病院歯科口腔外科 常勤医員

関連学会（入会年）及び社会における活動			
年	学会名又は社会活動	年	学会名又は社会活動
2006	アジア口腔顎顔面外科学会入会	2009	日本レーザー歯学会入会
2007	日本口腔科学会入会	2010	日本口腔診断学会入会
2009	日本顎顔面インプラント学会入会		
以上相違ありません 2016年 8月 26日		氏 名 (自 署)	印

研修期間自己申告書

研修施設・ 准研修施設等 名 称	研修施設等の 認定番号及び 認定年月日	指導医氏名 または 専門医氏名	自			至			研修期間	
			年	月	日	年	月	日	自己申告 年月数	判定 年数
〇〇大学歯学部 附属病院第2口 腔外科	0234 1992.10.1	○藤 ○幸 (指導医)	2005	05	10	2009	03	31	3年11月	
△△市立総合病 院歯科口腔外科	准-0333 2008.10.1	○村 ○博 (指導医)	2009	04	01	至現在			7年5月 ×3/4= 5年7月	
			研修期間合計						9年6月	

履 歴 書

(口腔外科認定医申請用)

2006 年以降の歯科医籍登録者

A - 2

(ふりがな) □□ □□ □□ □□			(M) ・ F			(西暦) 1984 年 1 月 13 日生 (32 歳)		
氏 名 □ □ □ □								
現住所			神奈川県横浜市○○区△△町1丁目2の8					
年	月	日	学歴・資格・免許・専門医等の事項					
2009	3	20	△△大学歯学部歯学科卒業					
2009	3	26	第 103 回歯科医師国家試験合格					
2009	4	18	歯科医籍登録 第 123456 号					
2010	3	30	臨床研修修了証取得 (△△大学附属病院・歯科医師臨床研修プログラム)					
2010	4	7	△△大学大学院歯学研究科入学 (顎顔面口腔外科学分野専攻)					
2014	3	20	△△大学大学院歯学研究科修了 歯学博士の学位授与					
自		至			職歴・研修歴等の事項			
2009	4	1	2010	3	31	△△大学附属病院臨床研修歯科医		
2014	4	1	2015	3	31	医仁会××病院歯科口腔外科 勤務		
2015	4	1	2016	3	31	△△大学歯学部附属病院第 1 口腔外科 医員		
2016	4	1	2016	8	25	△△大学歯学部口腔外科学第 1 講座 助手		

関連学会(入会年)及び社会における活動等			
年	学会名又は社会活動の内容	年	学会名又は社会活動の内容
2011	アジア口腔顎顔面外科学会入会	2012	日本顎関節学会入会
2011	日本口腔科学会入会		
2011	日本顎顔面インプラント学会入会		
上記のとおり相違ありません 2016年 8月 25日		氏 名 (自 署)	印

研修期間自己申告書

研修施設・ 関連研修施設等 名 称	研修施設等の 認定番号及び 認定年月日	指導医氏名 または 専門医氏名	自			至			研修期間	
			年	月	日	年	月	日	自己申告 年月数	判定 年数
△△大学歯学部 附属病院第1口 腔外科	0111 1978.08.06	○沢 ○彦 (指導医)	2010	04	8	2014	03	31	4年	
医仁会××病院 歯科口腔外科	准-0235 2008.10.1	榎○ 五○ (専門医)	2014	04	01	2015	03	31	1年×3/4 =9月	
△△大学歯学部 附属病院第1口 腔外科	0111 1978.08.06	○沢 ○彦 (指導医)	2015	04	01	至現在			1年5月	
			研修期間合計						6年2月	

診療実績報告書

[規則第10条第1項第8号関係]

1) 診査・診断症例報告書

[細則第14条第1項第1号関係]

記入年月日 年 月 日

申請者氏名	
研修施設・准研修施設 名称	
指導医・専門医 (自署)*	㊞

* 研修施設の場合は指導医の署名

番号	1	生年月日 (診断時年齢)	19 . . ()	性別	男	初診日	20 . .
----	---	-----------------	------------	----	---	-----	--------

診断名：左側頬部蜂窩織炎

(炎症・嚢胞・腫瘍・外傷・顎関節・その他)

検査及び診断の経過：

- 1) 主訴：左側頬部腫脹。2) 既往歴：難聴 家族歴：特記事項なし。現病歴：近歯科にて | 5 | 根管治療中であったが、6月20日から自発痛が出現し、左側顔面が著しく腫脹したため紹介受診。3) 現症：全身所見は、倦怠感を訴え、体温は 37.4℃であった。局所所見は、顔貌は左右非対称で、顔面左側に発赤、腫脹、圧痛を認めた。左側顎下リンパ節は大豆大、可動性で圧痛があり、開口域は $\frac{1}{1}$ 間で 15mm であった。口腔内所見は、| 5 | はクラウンで打診痛があり、頬側歯肉に発赤、腫脹を認め、波動を触知した。4) 検査：デンタル XP にて、| 5 | 根尖に X 線透過像を認めた。血液検査では、白血球数 9600/μL、CRP7mg/dL と炎症所見を呈していた。5) 診断：左側頬部蜂窩織炎、| 5 | 根尖性歯周炎。

番号	2	生年月日 (診断時年齢)	19 . . ()	性別	女	初診日	20 . .
----	---	-----------------	------------	----	---	-----	--------

診断名：Blandin-Nuhn 嚢胞

(炎症・嚢胞・腫瘍・外傷・顎関節・その他)

検査及び診断の経過：

- 1) 主訴：左側舌下面の腫瘤。2) 既往歴：特記事項なし。家族歴：特記事項なし。現病歴：1週間前から左側舌下部の腫瘤を自覚。徐々に増大してきたため来院。3) 現症：左舌尖部下面に境界明瞭、弾性軟、表面平滑な、波動を触知する約 10mm 大の腫瘤を認めた。色調は、ほぼ正常粘膜色であった。圧痛もなく、周囲の硬結も認めなかった。4) 検査：外来局所麻酔下に摘出し、病理組織検査を行った。5) 診断：Blandin-Nuhn 嚢胞。

番号	3	生年月日 (診断時年齢)	19 . . ()	性別	女	初診日	20 . .
----	---	-----------------	------------	----	---	-----	--------

診断名：口蓋線維腫

(炎症・嚢胞・腫瘍・外傷・顎関節・その他)

検査及び診断の経過：

1) 主訴：口蓋の腫瘤。2) 既往歴：糖尿病、高脂血症。家族歴：特記事項なし。現病歴：数か月前から口蓋に腫瘤を自覚していたが、疼痛がないために放置していた。徐々に増大してきたため来院。3) 現症：左側口蓋に、境界明瞭、表面平滑、正常粘膜色、弾性軟、無痛性の 12×10mm の広基性腫瘤を認めた。圧痛はなく、周囲に硬結は触知しなかった。

4) 検査：パノラマ XP にて歯には異常所見は認めなかった。CT では骨の吸収像は認めなかった。MRI では T1、T2 強調像ともに低信号を呈していた。外来局所麻酔下に切除し、病理組織検査を行った。

5) 診断：口蓋線維腫。

番号	4	生年月日 (診断時年齢)	19 . . ()	性別	女	初診日	20 . .
----	---	-----------------	------------	----	---	-----	--------

診断名：両側下顎骨骨折

(炎症・嚢胞・腫瘍・外傷・顎関節・その他)

検査及び診断の経過：

1) 主訴：下顎の疼痛、オトガイ部挫創からの出血。2) 既往歴：貧血。家族歴：特記事項なし。現病歴：2007年11月19日に転倒し、オトガイ部を強打し当科に救急搬送された。3) 現症：2、3間で骨片呼吸を認め、歯肉挫創も認めた。4、5は著しく動揺していた。意識障害はなかった。

4) 検査：パノラマ XP、CT 写真にて 2 近心歯槽骨頂から 2 相当部下顎骨下縁に至る骨折線と、3 根尖部から 6 近心根尖部に向かい横走する骨折線を認めた。また、6 根尖部から 7 相当部下顎骨下縁に至る骨折線も認めた。

5) 診断：両側下顎骨骨折。

番号	5	生年月日 (診断時年齢)	19 . . ()	性別	女	初診日	20 . .
----	---	-----------------	------------	----	---	-----	--------

診断名：右側顎関節症 (Ⅲa型)

(炎症・嚢胞・腫瘍・外傷・顎関節・その他)

検査及び診断の経過：

1) 主訴：右顎がカクカクする。2) 既往歴：アレルギー性鼻炎。家族歴：特記事項なし。現病歴：数か月前から右側耳介周囲に運動痛があり、カクカクする。3) 現症：開口時、右側顎関節にクリック音が発現し、わずかに下顎が右側に偏位した。その際、右側顎関節に軽度な痛みを伴うことがあった。咀嚼筋や胸鎖乳突筋などに圧痛は認めなかった。最大開口域は 33mm であった。歯の異常な咬耗や咬合時の早期接触も認めなかった。

4) 検査：パノラマ XP で下顎頭の変形は認めなかったが、MRI で右側顎関節円板の復位性前方転位がみられた。

5) 診断：右側顎関節症 (Ⅲa型)。

番号	6	生年月日 (診断時年齢)	19 . . ()	性別	男	初診日	20 . .
<p>診断名：左側三叉神経痛（第3枝） （炎症・嚢胞・腫瘍・外傷・顎関節・<u>その他</u>）</p>							
<p>検査及び診断の経過： 1）主訴：左側顔面の激痛。2）既往歴：特記事項なし。家族歴：母が乳癌で死亡。現病歴：1か月前から左側下顔面に発作的に激痛を感じるようになった。3）現症：顔貌は左右対称で腫脹は認めなかった。左側下頬部を指で触れると突然電撃様の激痛が生じ、数秒で消退した。また、左側オトガイ孔相当部歯肉には中等度の圧痛を認めた。 4）検査：パノラマ XP にて顎骨に異常所見は認めず、CT で脳、頭蓋底、顔面に腫瘍は認めなかった。骨シンチグラフィでも集積は認めなかった。 5）診断：左側三叉神経痛（第3枝領域）。</p>							
番号	7	生年月日 (診断時年齢)	19 . . ()	性別	男	初診日	20 . .
<p>診断名：左側舌癌（T2N0M0） （炎症・嚢胞・<u>腫瘍</u>・外傷・顎関節・その他）</p>							
<p>検査及び診断の経過： 1）主訴：左側舌縁の疼痛。2）既往歴：虫垂炎、高血圧症。家族歴：母が胃癌。現病歴：2019年3月から左側舌縁の疼痛を自覚していたが、医療機関を受診することなく経過。2019年4月にかかりつけの歯科医院にて左側舌縁の腫瘤を指摘され、2019年5月12日に当科紹介初診。3）現症：左側舌縁に長径33mm×短径24mm×厚み7mmの硬結を伴う腫瘍を認めた。 4）検査：CTで左側舌縁が造影されたが、両側頸部のリンパ節の腫大は認めなかった。PET/CTでは左側舌腫瘍に一致するFDGの集積（SUVmax：10.6）を認め、遠隔転移を疑う所見は認めなかった。左側舌腫瘍の生検を行ったところ、病理組織的に扁平上皮癌と診断された。 5）診断：左側舌癌（T2N0M0）。</p>							
番号		生年月日 (診断時年齢)	19 . . ()	性別		初診日	20 . .
<p>診断名： （炎症・嚢胞・腫瘍・外傷・顎関節・その他）</p>							
<p>検査及び診断の経過：</p>							

診療実績報告書

2) 周術期管理症例報告書

[規則第10条第1項第8号関係]

[細則第14条第1項第2号関係]

(1) 全身疾患を有する患者の外来手術管理に関するレポート

記入年月日 年 月 日

申請者氏名	
研修施設・准研修施設等 名称	
指導医・専門医 (自署)*	印

* 研修施設の場合は指導医の署名

番 号	1	生年月日 (手術時年齢)	19 . . ()	性別	男	初診日	20 . .
診断名	3 歯根嚢胞、頬部蜂窩織炎			手術日	20 年 月 日		
手術名	3 歯根嚢胞摘出術、3 歯根尖切除術			手術実施 施設名	〇〇大学附属病院		

臨床経過および治療ないし手術の概要：右側頬部の腫脹、疼痛を主訴に2005年11月10日当科初診。

- 術前処置・留意事項：3| 歯根嚢胞の感染による頬部蜂窩織炎と診断。口腔内外で波動は触知しないため切開排膿は行わず、フロモキシセフナトリウム (FOMX) 2g/dayの点滴投与を開始し、消炎後に嚢胞摘出術ならびに歯根尖切除術を行う治療計画を立てた。血液検査では白血球数 10,500/ μ L、CRP 5mg/dLであった。糖尿病 (HbA1c:7.2)、高血圧症 (156/94mmHg) および肝硬変の加療中のため、十分な感染予防を行い、術中血糖値、血圧、凝固異常に注意して加療する必要があると考えられた。
- 術中処置・特記所見：CRP 0.74mg/dLと炎症の落ち着いた11月16日に嚢胞摘出術ならびに歯根尖切除術を施行した。術前にFOMXを投与し、手術に際して静脈注射セット、細胞外液輸液、20%ブドウ糖液20mLを用意した。術前の血糖値は156mg/dLであった。血圧計も装着し、モニタリングを開始した。3| 唇側歯肉にPartsch切開を加え、歯根嚢胞を摘出して歯根尖を切除した。手術経過30分後に血糖値を再検したところ、165mg/dLであったため処置を継続した。血圧も局所麻酔後に60/100mmHgと上昇したが、それ以降130/80mmHg前後で推移し、大きな変動は認めなかった。最後に粘膜骨膜弁を縫合し、45分で手術は終了した。術中は異常出血もなく、止血も良好であった。
- 術後処置：連日創の観察、洗浄を行った。手術侵襲も大きくなかったため、2日目にFOMXの点滴投与を中止した。7日後に創治癒良好のため抜糸を行った。
- 術後経過：創感染もなく経過良好である。

診療実績報告書

(2) 周術期管理症例報告書

[規則第10条第1項第8号関係]

[細則第14条第1項第2号関係]

2) 入院手術管理に関するレポート

記入年月日 年 月 日

申請者氏名	
研修施設・准研修施設等 名称	
指導医・専門医 (自署)*	印

* 研修施設の場合は指導医の署名

番号	1	生年月日 (入院時年齢)	19 . . ()	性別	男	初診日	20 . .
診断名	両側下顎骨骨折 (右側下顎角部骨折、 <u>2</u> <u>3</u> 部下顎体骨折)			手術日	20 . .		
手術名	ミニプレートによる観血的整復固定術、 顎間固定術			手術実施 施設名	〇〇大学附属病院		

臨床経過および治療ないし手術の概要：20**年1月21日、自動車走行中、壁に激突し、下顔面の変形と口腔内からの大量出血があり。気道閉塞が危惧され当院救急救命センターに搬送された。

- 術前処置・留意事項：来院時、右側顎角部の骨片動揺と搬送までに約1,000mLの口腔内出血があり、画像所見では、2、3 間骨体部および右側顎角部の骨折線を認めた。当科にて 8 抜歯、骨片の徒手の整復、口腔内縫合を行った後、救急医療科ICUに入院。気管切開を行い呼吸管理下に置かれた。1月31日、Hb 9.1g/dLで全身状態良好となり当科に転科、同日手術となった。
- 術中処置・特記所見・麻酔法：全身麻酔下（気管孔より挿管、GOS）、観血的整復固定術、顎間固定術を実施した（手術時間2時間47分、出血量226g）。骨折部位は術前画像診断と同様であり、骨片はチタンミニプレートにて固定した。
- 術後処置：感染予防のためフロモキシセフナトリウム2g/日の点滴投与（5日間）と口腔内洗浄を連日行った。2月1日より経管栄養を開始。2月2日に呼吸状態が安定し咽喉頭浮腫も認めないため気管カニューレを抜去した。
- 術後経過：術翌日採血でAST 89IU/L、ALT 153IU/Lと肝機能異常を認め、グリチルリチン・グリシン・システイン配合剤注射液40mL/日を静注し、術後1週で基準値に回復した。2月9日、抜糸し経口流動食を開始した。2月14日、顎間固定ワイヤーを除去しゴム牽引に変更した。最初は開口域が5mm程度になるよう牽引力を調整したが、開口時痛がなく、咬合時、中心咬合位に自己誘導できていたため、2月21日にゴム牽引を解除、食事は段階的に全粥食まで移行した。2月25日、自力最大開口域30mmとなり、全身状態良好なため退院となった。上下顎シーネの除去は退院後の2月28日に外来にて行った。

執刀手術症例報告

A-11-1

番 号 (一覧表と 同一番号)		生年月日 (手術時年齢)	1937. 8. 7(69)	性別	女	分野記号		難易度	
初診年月日	2006. 12. 21	診断名	上顎正中埋伏過剰歯						
手術年月日	2007. 9. 20	手術名	上顎正中埋伏過剰歯 (2 歯) 抜去術						
手術実施 施設名	○△大学歯学部附属病院 口腔外科			担当した 手術手技		○田○輔：□□□			

臨床経過及び治療ないし手術の内容：

【臨床経過ならびに術前所見】

2016年9月17日に上顎正中離開を主訴に近歯科医院を受診。X線検査にて上顎正中埋伏過剰歯2歯を指摘され、抜歯を勧められ当科受診。正中離開は約3mmで、口蓋側にわずかな骨様硬の腫脹を認めた。画像検査で上顎中切歯歯根尖間に逆性埋伏過剰歯を2歯認めた (図1)。

【手術概要】

術式：全身麻酔下、上顎正中埋伏過剰歯 (2歯) 抜去術

手術所見

1) 血管収縮剤添加局所麻酔

1%リドカイン塩酸塩(1/10万Ad含有)にて術部の口蓋粘膜および唇側歯肉に浸潤麻酔 (計3.6mL)。

2) 粘膜切開と剥離

左側上顎Dから右側上顎Dまで口蓋側歯頸部を切開し、粘膜骨膜弁を作製した。歯頸部から後方に向かって慎重に剥離を進め、切歯孔で神経血管束を明示し少し伸展させた。埋伏歯相当部の骨が軽度膨隆していた。

3) 骨削除と抜歯

左側中切歯口蓋側の膨隆部の菲薄になった骨をノミを用いて削除し、過剰歯を確認した。さらに過剰歯を覆う骨を削除し、挺子にて脱臼させ抜歯 (図2)。次いで、右側中・側切歯間の骨を削除して残りの過剰歯を確認。フィッシャーバーで歯冠分割を行った後、先に挺子にて歯根を脱臼・抜去。そして、歯冠を脱臼させ摘出した。鋭匙にて残存した歯嚢を摘出。抜歯窩および周囲歯肉からの出血がないことを確認し、創部を生理食塩水で洗浄。

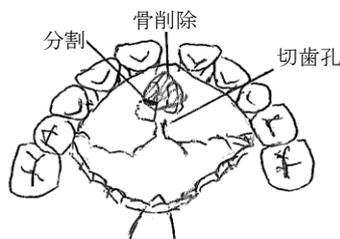
4) 縫合

粘膜骨膜弁を復位し、3-0絹糸、直針にて歯間乳頭部を7糸縫合 (図3)。ガーゼにて圧迫止血を行い、止血を確認し手術終了とした。

【麻酔法】：全身麻酔 麻酔時間：1時間30分 手術時間：1時間2分 出血量：少量



パノラマエックス線写真



切開線および骨削除範囲



縫合

指導医あるいは専門医 所見(研修施設の場合は指導医)：

指導医あるいは専門医(自署)

印

経験手術症例報告（一覧表に記載した分野から各1症例を含む5症例）

A-12-1

番 号 (一覧表と 同一番号)		生年月日 (手術時年齢)	()	性別	男	分野記号	B-3	難易度	II
初診年月日	20 . .	診断名	右側顎下腺唾石症、右側慢性顎下腺炎						
手術年月日	20 . .	手術名	右側顎下腺摘出術						
手術実施 施設名	〇〇大学附属病院				担当	縫合			

臨床経過及び治療・手術の概要：

【臨床経過ならびに術前所見】

2006年1月下旬から発現した右側顎下部の腫脹を主訴に2月7日に来院した。右側顎下部に腫脹、圧痛を認め、右側舌下小丘からの唾液の流出は不良であった。パノラマXPで右側顎下部に小指頭大の不透過像がみられ、CTにて腺体内唾石と顎下腺の変性を認めたので顎下腺摘出のため2月20日当科入院。

【手術概要】下顔面部～鎖骨部および口腔内を10%ポビドンヨードにて消毒した。皮膚ペンにて顎下腺と下顎骨下縁を印記後、下顎下縁より約30mm下方に皮膚皺線に沿って約5cm切開線を記入した。

1%リドカイン塩酸塩（1/10万Ad含有）7mLで浸潤麻酔後、#15メスにて近心より遠心に向かい広頸筋まで切開し、点状出血を止血。その後、深頸筋膜浅層まで切開し弾性硬の顎下腺を確認した。顎下腺被膜に沿って下方よりモスキート、剪刀を用いて剥離し、顎下腺へ走行する顔面動脈腺枝を確認、周囲組織から剥離し、結紮切断した。次に上方は顔面動静脈の走行に注意し剥離を進め、顔面動静脈腺枝、顎下腺動静脈を結紮切断した。

顎下腺を牽引しながら顎舌骨筋後縁を剖出し、それを前方に圧排すると舌神経とそこから分枝、下走する顎下腺枝が現れたので、腺体との間で結紮・切断した。次いでWharton管の剥離を行い、腺体移行部の唾石を触診にて確認した後、同管を結紮・切断し、顎下腺を摘出した。顎下腺摘出後、周囲筋組織および顎下三角内の止血を確認。創部の洗浄後、持続吸引ドレーンを留置し、PGA吸収糸にて広頸筋を縫合。最後に5-0ナイロン糸にて皮膚縫合し、創部より出血がないことを確認し、手術を終了した。

f) 全身管理研修症例（一覧）

[細則第19条第1項第3号関係]

研修を受けた施設名 及び診療科(診療部)	〇〇大学医学部附属病院麻酔科
指導者所属	〇〇大学医学部附属病院麻酔科
指導者氏名(自署)	⑩
指導者資格名	日本麻酔科学会認定麻酔科指導医

番号	生年月日(初診時年齢)	性別	診断名	全身管理内容
1	1992. 09. 13(21)	男	下顎骨骨折	周術期における全身麻酔管理
2	()			
3	()			
4	()			
5	()			
6	()			
7	()			
8	()			
9	()			
10	()			
11	()			
12	()			
13	()			
14	()			
15	()			
16	()			
17	()			
18	()			
19	()			
20	()			

全身管理研修症例（詳細）

B-6-4

番号 (一覧表と同じ番号)	1	生年月日 (初診時年齢)	1986. 09. 13 (21)	Ⓔ ・ 女
------------------	---	-----------------	-------------------	-------

診断名
下顎骨骨折（右側下顎角部）

全身管理の内容：症例は、21歳、男性。身長 165 cm、体重 65 kg。
 2017年11月24日に受傷し、本院口腔外科に入院。12月2日、全身麻酔下に観血的整復固定術が施行された。
 術前検査では異常所見はなく、理学的所見でも開口量は 40mm であり、麻酔科医による術前評価は ASA-PS1 であった。
 麻酔前投薬は、術前日 22 時にトリアゾラム 0.25mg を内服させたが、当日は服用なく入室した。
 入室時のバイタルサインは、血圧 124/82mmHg、脈拍数 76/分、体温 36.8℃で入室前と著変なく、静脈路確保後に全身麻酔が開始された。プロポフォール 90mg、レミフェンタニル 0.3mg、ロクロニウム 50mg で急速導入後、右鼻腔より内径 7.0mm の経鼻用 RAE チューブを挿入した。維持は、酸素-空気-セボフルラン 1.5 %とレミフェンタニル 0.1-0.3mg で行われた。術中の筋弛緩薬の追加投与はなく、鎮痛補助としてフルルビプロフェンアキセチル 50 mg とフェンタニル 100mg を使用した。その他、術中の血圧低下時には、エフェドリンを合計 8mg 使用した。術中の体温は、37.5℃まで上昇したが、体温管理装置を 35℃に設定し、送風にて最終体温は 37.3℃であった。
 手術終了と同時に、麻酔薬の投与を中止し、その 10 分後に自発呼吸を確認。呼名により開眼など反応もあるため抜管した。抜管後のバイタルサインも安定していたため、帰室となった。帰室後のバイタルサインも変化はなく、術後、シバリングや悪心嘔吐も認めず、経過した。

指導者氏名（自署） ○○ △△ ㊞

番号	2	生年月日		男 ・ 女
----	---	------	--	-------

診断名

全身管理の内容：

指導者氏名（自署） ㊞

番 号 (一覧表と 同一番号)	24	生年月日 (手術時年齢)	1970.5.5.(32)	性別	男	分野記号	C-1	難易度	Ⅱ
初診年月日	2007.5.3	診断名	下顎骨骨折(中切歯部、右側智歯部)						
手術年月日	2007.5.7	手術名	下顎骨骨折の観血的整復固定術						
手術実施 施設名	〇〇大学附属病院 歯科口腔外科			執刀者が複数の場合 その氏名・分担内容					

臨床経過および治療ないし手術の内容：

【臨床経過】2007年5月2日、作業労働中に右側頬部を打撲、直ちに某総合病院救急外来に搬送された。身体他部位に外傷はなく、高度の咀嚼・嚥下機能障害が認められたため、当科紹介となった。

【術前所見】

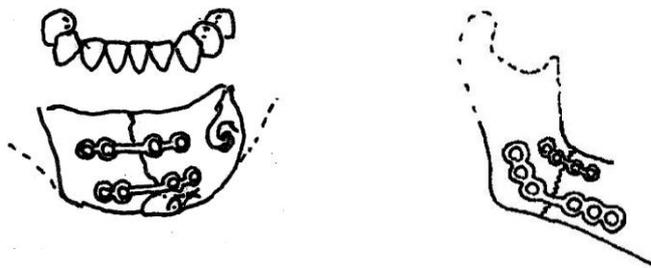
全身状態は良好で意識清明。右側顎下部からオトガイ部にかけてび慢性の腫脹を認め、表面皮膚は血腫により一部暗紫色であった。画像所見としては、下顎中切歯部および右側下顎角部に骨折線を認めた。小骨片である右側下顎枝は上方に大きく偏位し、下顎中切歯部には約2mmの骨の段差がみられた。右側下顎智歯は半埋伏状態で、歯槽窩から脱臼し、骨折線の中にあった。右側下唇・オトガイ部の知覚低下を認めた。

【手術概要】

手術は経鼻挿管麻酔下で前歯部の骨折から行った。両犬歯間の口腔前庭部に切開線を設定し、切開線相当部および骨折線周囲に浸潤麻酔(1%リドカイン塩酸塩 1/10万Ad 6mL)を行った。咬合状態を確認して顎間固定を行った状態でNo.15のメスを用いて粘膜骨膜を切開し、オトガイ神経に注意しながら、骨膜下で愛護的に剥離を行い、骨折部を露出した。骨折線は両中切歯間にあり、画像と同様に2mmの段差が生じていた。手動的に骨片の整復を行い、4穴ミニプレート2枚をそれぞれ下顎骨の中央部と下縁よりやや上方で適合させ、7mmのネジ8本を用いて骨接合を行った(下図左)。粘膜骨膜弁を4-0絹糸で閉鎖した。

次に、顎間固定を解除し、右側顎角部骨折の処置を開始した。骨折線周囲に浸潤麻酔を行った後、No.15のメスを用いて、下顎埋伏智歯の抜去時の粘膜切開線に準じた切開を行い、骨膜下で咬筋を含め広く剥離した。骨折線は智歯の歯槽窩から下顎角前方部に達し、離開した骨片の間に智歯が陥入していた。まず、智歯を抜去し、再び顎間固定を行った。手動的に偏位した骨片を整復し、再度顎間固定を行い、歯槽骨部は4穴、骨体部は6穴の2枚のミニプレートと7mmのネジ10本を用いて口腔内より骨接合を行った(下図右)。創部に持続吸引チューブを挿入し、4-0絹糸を用いて粘膜を閉鎖した。顎間固定を解除し、咬合状態をチェックした後、麻酔のチューブを抜去して、手術を終了した。

【麻酔記録等】全身麻酔(経鼻挿管)、麻酔時間：3時間、手術時間：2時間15分、出血量：75g。



指導医あるいは専門医 所見(研修施設の場合は指導医)：

骨折線上の歯について、今回は完全に脱臼しており、さらに整復の障害になることなどから適切に抜去された。また二つの骨折線に対しそれぞれ2枚のミニプレートによる確実な固定が行なわれた。

指導医あるいは専門医(自署)

印

番 号 (一覧表と 同一番号)	33	生年月日 (手術時年齢)	1987. 7. 27()	性別	男	分野記号	C-2	難易度	Ⅲ
初診年月日	2006. 11. 13	診断名	骨格性下顎前突症						
手術年月日	2007. 8. 14	手術名	両側下顎枝矢状分割術						
手術実施 施設名	市立○△病院 歯科口腔外科			執刀者が複数の場合 その氏名・分担内容		○○△△・骨接合			

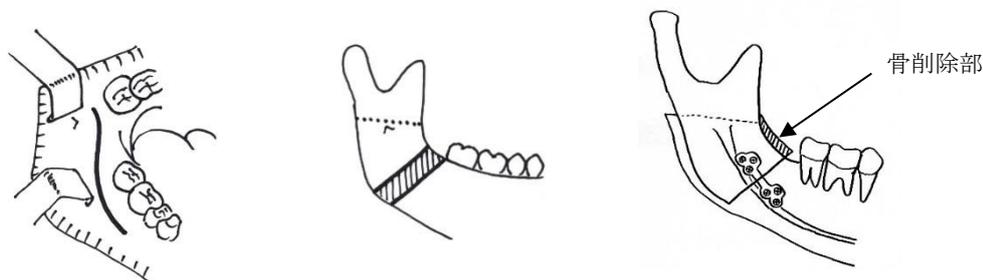
臨床経過及び治療・手術内容：

【臨床経過・術前所見】 中学から下顎の突出感と下顎の偏位を自覚。矯正歯科を受診。セファロ分析にて骨格性下顎前突症 (skeletal class Ⅲ) と診断され、約1年の術前矯正を施行後に、顎矯正手術の予定となった。なお顎関節症状は認めなかった。

【術 式】 両側下顎枝矢状分割術 (後方移動量：左8mm、右7mm)

【手術概要】 上顎咬合平面の高さより下顎枝外斜線前縁から下顎大白歯部の歯肉頬移行部にかけての切開線を設定。切開・剥離予定部位に浸潤麻酔 (1% lidocaine®-Ad 計8mL片側ずつ) を行った。骨膜下にて下顎枝前縁から筋突起にかけて剥離し、レーマスハーケンにて術野を展開。下顎枝内側を骨膜下にて下顎孔から下顎切痕の間を下顎枝後縁まで剥離し、プロゲニーハーケンを挿入し下歯槽神経血管束を内下方に圧排・保護した。筋突起にレーマスクリップを装着し、術野を確保した。フィッシャーバーにて下顎枝内側の骨切りを下顎小舌より約5mm上方で下顎咬合平面に平行に行った。続いて下顎枝外側を剥離し、プロゲニーハーケンを下顎角部に挿入した。下顎枝外側の骨切りはObwegeser法に準じ行った。下顎枝前縁にて内側・外側の骨切り線をつないだ骨切りを行い、次に、骨ノミにて矢状分割し、骨片の可動性が十分に得られたことを確認した。左側も同様に行った。なお、下歯槽神経血管束の露出は両側とも認めなかった。サージカルスプリントを装着し、術前に設定した咬合位を確認し、顎間固定を行った。近位骨片を徒手にて復位させ、ラウンドバーにて近位骨片の前断端を削合した。アングルドライバーを用いて口腔内から6穴チタンミニプレートとスクリュー (径2.0mm×5mm) でmono-corticalに骨接合を行った。顎間固定を解除し、徒手による顎運動で骨接合が強固なことを確認した。下顎枝前縁部のトリミングを行い、止血確認後に両側術野に持続吸引チューブを留置し、4-0 吸収糸にて粘膜を縫合・閉創し手術を終了した。

【麻酔記録等】 全身麻酔 (経鼻挿管)、麻酔時間：3時間、手術時間：2時間30分、出血量：50g
輸血：施行せず。



指導医あるいは専門医 所見 (研修施設の場合は指導医)：

下顎枝内側の術野展開が比較的難しい症例であったが、状況に応じた器具の選択を行なった上で基本的に忠実に正確な操作が行なわれていた。また下顎枝が比較的薄く海綿骨の少ないやや分割困難な症例であったが、骨切りおよび骨ノミの方向決めを慎重かつ正確に行なう事により回避された。

指導医あるいは専門医 (自署)

印

番号 (一覧表と 同一番号)	40	生年月日 (診断時年齢)	1937. 8. 7(79)	性別	男	分野記号	D-1	難易度	Ⅱ
初診年月日	2006. 12. 21	診断名	右側舌癌 (SCC: T2N0M0)						
手術年月日	2012. 11. 20	手術名	舌部分切除術および中間層植皮術						
手術実施 施設名	○△大学歯学部附属病院 口腔外科			執刀者が複数の場合 その氏名・分担内容		○○△△・採皮			

臨床経過及び治療ないし手術の内容：

【臨床経過・術前所見】

2006年12月に右側舌縁部の白斑を主訴に当科を受診し、生検にて白板症(moderately epithelial dysplasia)の診断を得た。経過観察していたが2年後に中断となった。2012年8月頃から白斑部が赤くなり痛みを伴ってきたとのことで再来院した。生検にて筋層に及ぶmoderately diff. SCCの診断で舌部分切除術を行うこととなった。

入院時、右側舌縁部に35×15mmの境界比較的明瞭な白色病変があり、その内部にわずかに硬結を伴う不規則なびらん性病変を認めた。頸部リンパ節には異常はみられなかった。

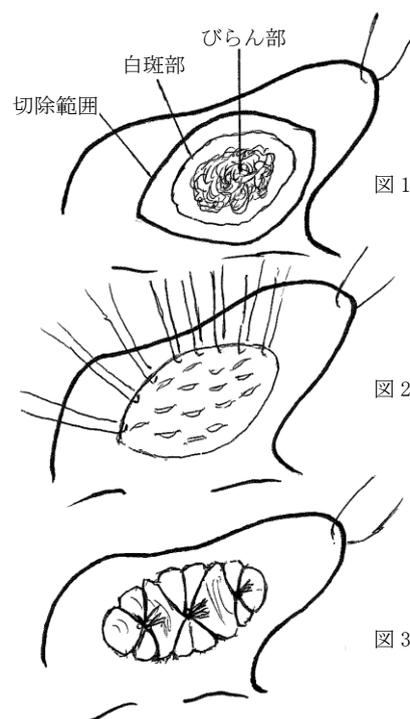
【手術概要】

麻酔は全身麻酔(経鼻挿管)で行なった。舌尖部に牽引糸をかけ牽引しながら、白色病変の辺縁から7mmの健全組織を含めて切除範囲をマーキングした(図1)。切除範囲のやや外側に1%リドカイン塩酸塩(1/10万Ad含有)5mLで浸潤麻酔を行った。舌を軽く牽引、圧迫しながら、マーキングした切開線上を全周にわたってNo15のメスで粘膜下まで切開した。舌深動静脈の枝を電気凝固あるいは結紮・切断しながら電気メスで前方から深部の切除を開始した。前方では約5mmの深さで、そして口底側ではWharton管にブジーを挿入し、切除予定部内に舌神経・Wharton管がないことを確認し、後方へと電気メスにて切除を進めた。病変の中央部では深さを10～13mmとし、後方部では再度5mmで切除した。切除標本の前方、後方、下方および

中央部の組織を迅速病理組織検査に提出したところ腫瘍細胞は認めなかった。創面は、左側大腿部よりデルマトームで採皮した45×30mmの中間層植皮片を、No15のメスにて多数の小孔を開けた後に3-0絹糸にて縫合した(図2)。次いで、滅菌ゴム手袋の中指を切り取り、その中にガーゼを圧入、封鎖し、植皮部にのせてタイオーバーを行い(図3)、手術を終了した。なお、患皮部はハイドロコロイド製剤で被覆した。

【麻酔記録等】麻酔時間：2時間20分、手術時間：1時間30分、出血量：少量

【病理組織学的診断】moderately diff. SCC、margin tumor free



指導医あるいは専門医 所見(研修施設の場合は指導医)：

切除範囲も適切に設定されており、また術中には迅速病理組織検査が行われ、腫瘍の切除が適切に行われていることを確認した。今後は局所および所属リンパ節の予後観察を行う必要がある。

指導医あるいは専門医(自署)

印

番号	16	生年月日 (入院時年齢)	1951. 6. 20 (54)	性別	男	分野記号	B-4
初診年月日	2004. 12. 16		診断名	右側術後性上顎嚢胞			
<p>【臨床経過及び入院時所見】約30年前、両側の上顎洞根治術を受けた。2004年11月ころ右側頬部・上顎大白歯部歯肉の腫脹および自発痛を認め、当科を受診した。画像検査にて右側上顎に40×30mm大の類円形透過像がみられ、試験穿刺にて黒褐色の粘調な液体を吸引した。右側術後性上顎嚢胞の診断で手術目的に2005年2月1日入院した。</p> <p>【入院時術前検査】血液・尿検査、EGG、スパイログラムなどに異常値は認めない。</p> <p>【手術概要】<2月2日>右側術後性上顎嚢胞摘出術 麻酔：ジアゼパム 2.5mg 経静脈投与、ペンタゾシン 15mg 筋肉内投与、3号輸液によるルート確保下、局所麻酔にて施行。手術時間：1.5時間。 切歯孔、眼窩下孔、大口蓋孔への伝達麻酔、浸潤麻酔を1%リドカイン塩酸塩(1/10万Ad含有)15mLで行った。右側上顎第二大臼歯の抜歯後、同歯の歯頸縁切開と歯肉頬移行部やや外側へ繋がるNeumann切開を行い(右図)、骨膜下で剥離。右側上顎第二大臼歯から犬歯窩にかけて骨欠損を認めた。犬歯窩の骨欠損部を拡大しながら嚢胞の剥離を進め、自然孔部に集約して摘出した。下鼻道側壁部の骨は一部欠損していた。15×10mm大の対孔を下鼻道にあけ、長さ90cmのテラマイシン軟膏ガーゼを外鼻腔から対孔を経由して、摘出腔に充填した。頬側の粘膜骨膜弁に減張切開を加え、右側上顎第二大臼歯の抜歯窩を完全に閉鎖し、手術を終了した。</p> <p>術中、血圧が80/42mmHgまで低下し、疼痛性ショックを疑わせた。手術を一次中断し、両足挙上してメチルプレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム、アトロピン硫酸塩水和物、ジアゼパムを静脈路より投与した。10分後、血圧が125/75mmHgまで回復したため、体位を戻して手術を再開した。その後、術中の血圧は安定していた。</p> <p>【術後経過】帰室後、血圧148/88mmHg、EGGその他全身症状に特に以上なし。 FMOX2g/日を2月4日まで点滴投与。右側眼窩下部、頬部に冷湿布を行った。術後の疼痛に対してはジクロフェナクナトリウム坐薬50mgを投与し、鎮痛した。</p> <p><2月3日> 最高体温：37.5℃、血液検査 WBC 1,100/μL、CRP 1.03mg/dL。右側眼窩下部、頬部に軽度の腫脹と皮膚の知覚鈍麻を認めたため、メコバラミンの経口投与を開始した。口腔内の創部から軽度の出血がみられたが、圧迫により直ぐに止血した。疼痛は自制内であった。</p> <p><2月4日> 最高体温：37.2℃。口腔内創部の治癒経過に異常を認めず、疼痛は消失。タンポンガーゼの抜去を行い、鼻腔からの出血はなかった。FMOX投与は終了。</p> <p><2月5日> 以後の最高体温は36℃台に落ち着いた。口腔内の創部の洗浄と観察。</p> <p><2月9日> 口腔内創部の治癒経過は良好。抜糸。術後のエックス線撮影。</p> <p><2月10日> 局所的・全身的に経過良好のため退院となった。</p>							
							
<p>指導医あるいは専門医 所見(研修施設の場合は指導医)：</p> <p>術中の血圧低下に対し、適切な対応ができていたが、患者の精神状態や手術侵襲を考え、手術時の麻酔法の選択について配慮する必要があるかもしれない。術後の管理については適切な処置が行われていた。</p>							
指導医あるいは専門医(自署)							印

番号 (一覧表と 同一番号)	41	生年月日 (入院時年齢)	2007.2.3(4か月)	性別	女	分野記号	D-3
初診年月日	2007.2.10	診断名	右側完全唇顎口蓋裂				

【臨床経過及び入院時所見】

【現病歴】2007年2月3日、胎生41週、正常分娩にて出生。右側口唇口蓋裂を指摘され、当科を紹介されて2007年2月10日受診。右側完全唇顎口蓋裂の診断にて、口唇形成術を目的に2007年6月10日入院。

【入院時現症】右側の完全唇裂を認める。裂幅は広く、鼻柱の傾斜、右側鼻翼の落ち込みなど鼻変形も強かった。顎堤の両segmentの前後的discrepancyも大きかった。

【術前検査】ECG：異常所見なし。血液検査：WBC 13,600/ μ L、CRP 0.02mg/dL。尿検査：異常なし。

【手術概要】6月11日、全身麻酔下（経口挿管）に口唇形成術を施行。

下図のように計測し、Tennison変法に準じて行った。白唇部に3mmの三角弁を作製し、5-0オペポリックスにて筋層、皮下縫合を行い、皮膚は6-0ナイロンにて縫合した。両側鼻孔縁切開を行い鼻翼形態修正し、リテーナー2号を挿入し手術を終了した。

術後は翌日までCEZ 300mg/日を静脈内投与した。

【麻酔記録等】麻酔時間：1時間45分、手術時間：1時間25分、出血量：少量。

【術後経過】

<手術当日>術後の体温は37.3℃。疼痛に対しアセトアミノフェン50mg坐薬を投与した。創部からの出血もなかった。

<6月12日>体温37.1℃。わずかに鼻汁を認め、セファクロールドライシロップ400mgおよび塩酸ヒドロキシジン1.6mg/日の経口投与を開始した。創部の汚染はなく、軽度の腫脹がみられるものの特に異常なし。術後のミルクの摂取量も術前と同様であった。

<6月15日> 37.0℃台の微熱持続。鼻汁消失。体調は良好。飲水、ミルク量は十分に摂取。抗菌薬等中止。

<6月16-19日> 創部の感染もなく治癒経過は良好で抜糸。

<6月20日> ドレニゾンテープ貼用開始。

<6月22日> 退院

【退院時所見】

創部の治癒は良好。全身的にも異常所見なし。



模式図



模式図

指導医あるいは専門医 所見(研修施設の場合は指導医)：

術後の栄養管理および上唇創部の処置も適切に行われ、良好な治療経過を辿った。

指導医あるいは専門医(自署)

印

診療実績報告書

[規則第14条第1項第8号関係]

(3) 口腔外科症例の管理・診断

[細則第20条第1項第3号関係]

申請者氏名	
研修施設・准研修施設名	
主任指導医・ 専門医(自署)*	印

* 研修施設の場合は主任指導医の署名

分野E、Fから各5例以上(E-1、2、3、F-1、2の各項目から1例以上を含む)計10例

番号	1	生年月日 (初診時年齢)	19 . . ()	性別	女	分野記号	E - 3
----	---	-----------------	------------	----	---	------	-------

診断名： BRONJ stage2

検査及び診断の経過：

1) 65歳・女性。2) 初診日：2007年4月〇日。3) 主訴：顎骨からの排膿が止まらない、摂食時の疼痛。4) 現病歴：2006年3月に左側下顎犬歯を抜去。10月頃から同部の腫脹を自覚し、近病院歯科を受診。下顎骨骨髓炎の診断で入院下に腐骨除去術が施行された。5か月後の2007年3月に左側下顎部皮膚の膿瘍が自潰し、排膿が止まらなくなり紹介受診した。既往歴：42歳時に左側乳癌の手術と放射線治療を受けた。翌年、腰椎への骨転移に対して放射線化学療法を受けた。2003年に腸骨への転移と病的骨折で入院し、パミドロン酸二ナトリウム水和物の投与と化学療法を受けている。家族歴：特記事項なし。

5) 現症：左側顎下部皮膚に瘻孔形成と排膿を認めた。左側下顎3、4部の骨露出を認め、左側下顎5、6部歯肉にも瘻孔形成がみられた。骨露出部に食片がつまることで強い疼痛があり、摂食障害がみられる。

6) 検査ならびに所見：パノラマXPで腐骨除去された顎骨の欠損を認めた。FDG-PETで全身の多発性骨転移と肝転移を認める。

7) 診断：BRONJ stage2。

番号	2	生年月日 (初診時年齢)	19 . . ()	性別		分野記号	
----	---	-----------------	------------	----	--	------	--

診断名：

検査及び診断の経過：