**（様式５ の ２ ）**

**超音波検査実績**

超音波診断報告書抄録

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受験者氏名 |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 抄録番号 | |  | | | 年齢 | |  | 性別 |  | | |
| 検査年月日 | |  | | | | | | 疾患コード |  | | |
| 施設名 | |  | | | | | | | | | |
| [超音波検査所見] | | | | | | | | | | | |
| 超音波診断＊ | |  | | | | | | | | | |
| 抄録番号 | | |  | 受験者氏名 | |  | | | | | |
| [主訴・臨床経過・血液検査・他の画像所見・手術所見・考察など] | | | | | | | | | | | |
| 最終診断＊ | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 公益社団法人日本超音波医学会理事長　殿 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 公益社団法人日本超音波医学会の定める超音波指導検査士（血管領域）認定試験を受験する基準に十分な抄録であることを認めます。 | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 公益社団法人日本超音波医学会 | |  | |
| 認定超音波指導医または代議員氏名 | |  | |
| （自署） | | 印 | |
|  | | 指導医の場合記入してください（SJSUMNo －　　　　　） | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 抄録番号 |  | 受験者氏名 |  |
| [写真貼付欄]  ※写真裏面に、受験者氏名・受験領域・抄録番号を付記し、はがれないように貼付すること。あるいは、電子画像をコピー＆ペーストで貼り付けてもよい。（写真は１症例につき６枚以内とする）。 | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 抄録番号 |  | 受験者氏名 |  |
| [スケッチ記入欄] 　※全体像がわかるようパソコンで作成したシェーマを用いること。強調したい所見については、手書きによるスケッチ図を追加してもよい。 | | | |
|  | | | |