

〔超音波診療実績－様式5作成要領〕

超音波診療実績1（様式5の1）は、後述の疾患コード毎の症例数（*）に従い、作成見本のように20症例を記入してください。

超音波診療実績2（様式5の2）は、次の注意事項を順守して超音波診断報告書抄録を作成してください。
また、見本に則していないレポートは受験資格がないと判断される場合があります。

重要：超音波診療実績1及び2の作成にあたっては、自身が描出した超音波像の症例のみ提出可能です。他者が描出した超音波像の症例は提出できません。

*超音波診断報告書抄録作成上の基本的注意事項

- 書類の目的：日常業務で記載する報告書ではなく、超音波専門医の資格を審査される書類であることに留意して作成すること。
- 対象症例：細胞診・組織診・摘出標本・剖検などにより病理組織学的診断の確定した症例提示が望ましいので、10例はこのような対比較がなされた症例を選択すること。また、この際、様式5の1の「病理」欄にチェック印（✓）をいれること。その他は、症状・血液生化学検査・他の画像検査の結果から総合的に診断された症例、あるいは経過観察して臨床的に推定・診断した症例を記載してもよい。ちなみに、対象症例がどのようなものであるかも評価される。なお、疾患を有していても超音波検査所見が正常な例は除外すること。
- 簡潔性：簡潔で読みやすいものであること。
- 記載内容の要件：各疾患に必要なと思われる評価項目を示した上で、検査結果の全体像がわかるように記載すること。なお、この項目が適切であるかどうかとも評価される。
- 症例の重複を避けること：同一患者で複数の疾患（所見）がみられても、1症例として扱うこと。
例）「肝硬変＋胆嚢結石」の併存の場合、「肝硬変」を（肝のびまん性疾患）で用いるなら、同一症例を（胆道膵臓の良性疾患）として提出することはできない。
- 合計20症例あること（疾患コードの症例数を満たしていること）。
疾患内容内訳の「その他」については、有無を問わない。

《超音波検査所見》

- 本学会指定の医用超音波用語を正しく使用すること。“医用超音波用語集”やホームページ内の“用語・診断基準（用語検索システム）”を参照のこと。明らかな誤用は減点の対象となる。
- 略語を使用するときは、必ず最初に説明を加えること。
例）FNAC（fine needle aspiration cytology；穿刺吸引細胞診）
- 各施設で独自に使用している用語・略語・診断基準などについてはその使用を控えること。
- 「事実」と「意見」を分けて「事実」のみを記載し、「意見」は《超音波所見の要約と超音波診断》や《考察》で述べること。
- 病名を記載しないこと。
- 腫瘍径など大きさに関しては適切な記号を使用すること。
良い例）21×35mm　悪い例）φ21*35mm（φは直径を意味する）
- ミリメートル表示の場合、小数点以下は四捨五入して記載すること。
- 対象臓器だけでなく、正常部分（臓器）についてもその旨を記載すること。
例）胆嚢・膵臓：異常なし。
- 悪性腫瘍に関しては、所属リンパ節の状態についても（たとえ異常がなくても）記載すること。
- 超音波所見のみに限定して記載し、CT・MRIなど他の画像所見は《考察》に記載すること。

《超音波所見の要約と超音波診断》

- 重要な超音波所見を再掲し、超音波診断に至る思考過程を簡潔に述べた上で、超音波診断名を記載すること。
- 超音波診断名が複数あるときは、主要な超音波診断名を筆頭項目にすること。
- 超音波診断名は病名を記載して所見や症状（胆嚢腫大・主膵管拡張・腎盂拡張・急性腹症など）を記載しないこと。

《考察》

- 臨床症状・身体所見・血液生化学検査成績・他の画像検査所見を簡潔に述べて超音波所見・超音波診断との関連について記載し、超音波診断の有用性に関して評価すること。

- ・手術または組織採取による病理組織学的診断が確定している場合は、超音波所見・超音波診断・手術所見・最終的な病理組織学的診断などと比較検討し、考察する。必要に応じて、治療法選択や予後予測に関する考察も加えること。
- ・病理組織学的診断が確定していなくて、臨床所見・血液生化学検査・他の画像検査の結果から総合的に診断された症例や経過観察して臨床的に推定・診断した症例は、その診断に至る過程がわかるように説明し、考察すること。

《最終診断》

- ・簡潔に記載すること。

《貼付写真とシェーマによる説明》

- ・主要な超音波診断の根拠となり得る写真を数枚以内貼付すること。写真貼り付け方法は、紙焼き写真を糊付けしてもよいし、電子画像をコピー&ペーストで貼り付けてもよい。
- ・プローブの操作位置、観察方向を明記すること。
- ・画像をどのように解釈したかがわかるように、貼付した写真に対応するスケッチ（鉛筆書きでないこと）を描くこと。この際、PCの描画ツールを用いて描いてもよい。このスケッチには、主要所見の端的な説明を添えること。また、病変部位の超音波所見を記載するのみでなく、解剖がわかるように描出されている血管や臓器・筋肉などのメルクマールの説明も加えること。無エコー部分（嚢胞や血管）は白、エコーのある部分は黒で表現すること。ちなみに、的確にスケッチ（描写）することは重要な作業であり、評価項目の一つとしている。
- ・写真の個人情報は削除すること。

《超音波検査を指導した医師の署名》

- ・超音波専門医の署名が20例すべてにあること。

*疾患コード毎の症例数

K 呼吸器コース

| 疾患コード | 疾患内容内訳 | 症例数 |
|-------|----------------|------|
| K-1 | 胸壁・胸膜・胸腔疾患 | 4例以上 |
| K-2 | 縦隔疾患 | 2例以上 |
| K-3 | 非腫瘍性肺疾患 | 3例以上 |
| K-4 | 腫瘍性肺疾患 | 3例以上 |
| K-5 | 肺循環等の右心・肺・血管病変 | 2例以上 |
| K-6 | 超音波ガイド下穿刺術 | 2例以上 |
| K-7 | 気胸 | 1例以上 |
| K-8 | その他 | 1例以上 |

【疾患例】

- K-1：肺癌等の胸壁浸潤、胸壁腫瘍、肋骨変化（骨折、転移など）、胸水（量、内部構造、分葉化、等）、胸水による周囲臓器の変形（横隔膜、肺など）、胸膜（胸膜不整、胸膜断裂、胸膜腫瘍、胸膜肥厚、胸膜播種など）、その他（二ボーを伴う胸水、腫大リンパ節など）
- K-2：縦隔疾患（内部構造の解析、周囲臓器への影響、腫大リンパ節など）
- K-3：非腫瘍性呼吸器疾患（感染症、無気肺、間質性肺疾患など）
- K-4：肺腫瘍性疾患（内部構造、腫瘍内血管、胸膜・胸壁浸潤、周囲臓器への浸潤など）
- K-5：肺性心等の右心血管系病変（下大静脈の形態変化、右心系動態、心嚢水など）
- K-6：超音波ガイド下穿刺術（胸壁・胸腔・肺内・縦隔等の穿刺・生検、治療的カテーテル挿入など）
- K-7：気胸
- K-8：体腔内超音波検査、消化器病変による横隔膜・胸腔変化、腋窩病変、鎖骨上病変など

【注意事項】

- ・超音波ガイド下穿刺術は胸部領域で実施されたものとする。
- ・同一患者で複数の疾患（所見）がみられる場合には、主要疾患1つだけを選択すること。

【超音波診療実績1】(作成見本)

受験者氏名：文京 太郎

<超音波診療患者一覧表>

* 疾患コード順に記載すること。

| 抄録 番号 | 疾患 コード | 施設名 | 年齢 | 性別 | 超音波診断 | 病理 |
|----------|-----------|------|----|----|------------|----|
| 1 | K-1 | 湯島医大 | 32 | M | 乳び胸 | |
| 2 | K-1 | 湯島医大 | 43 | F | 胸膜孤立性線維性腫瘍 | ✓ |
| 3 | K-1 | 湯島医大 | 67 | M | 癌性胸膜炎 | ✓ |
| 4 | K-1 | 湯島医大 | 52 | M | 気胸 | |
| 5 | K-1 | 湯島医大 | 76 | M | 結核性胸膜炎 | ✓ |
| 6 | K-1 | 湯島医大 | 45 | F | 膿胸 | |
| 7 | K-2 | 湯島医大 | 60 | M | 胸腺腫 | ✓ |
| 8 | K-2 | 湯島医大 | 70 | F | 心膜囊腫 | ✓ |
| 9 | K-2 | 湯島医大 | 68 | M | 悪性リンパ腫 | ✓ |
| 10 | K-2 | 湯島医大 | 78 | M | 神経鞘腫 | ✓ |
| 11 | K-3 | 湯島医大 | 75 | M | 肺炎球菌肺炎 | |
| 12 | K-3 | 湯島医大 | 20 | F | 肺胞蛋白症 | ✓ |
| 13 | K-3 | 湯島医大 | 30 | F | 特発性肺線維症 | ✓ |
| 14 | K-4 | 湯島医大 | 50 | F | 肺腺癌 | ✓ |
| 15 | K-4 | 湯島医大 | 76 | F | 肺小細胞癌 | ✓ |
| 16 | K-4 | 湯島医大 | 80 | F | 肺過誤腫 | ✓ |
| 17 | K-5 | 湯島医大 | 23 | F | 慢性肺血栓塞栓症 | |
| 18 | K-6 | 湯島医大 | 18 | M | 胸腺腫 | ✓ |
| 19 | K-6 | 湯島医大 | 88 | M | 肺扁平上皮癌 | ✓ |
| 20 | K-6 | 湯島医大 | 74 | F | 胸膜中皮腫 | ✓ |

【超音波診療実績2】(作成見本)

受験者氏名：文京 太郎

〈超音波診断報告書抄録〉

*個人が特定できるような氏名、イニシャル、ID、生年月日、住所は記載しないこと。

| | | | |
|------|---------|--------------|------------|
| 抄録番号 | 2 | 疾患コード | K-2 |
| 施設名 | 湯島医大 | 検査年月日 | 2014年2月12日 |
| 検査目的 | 縦隔腫瘍の検索 | 臨床診断 (主訴) | 前縦隔腫瘍 |

超音波検査所見

観察部位・方向：胸骨左縁の左第2第3肋間を中心に前胸壁から縦隔病変を観察。超音波像は胸部CTと同一方向に提示した。

病変は胸骨左縁から左胸腔方向に5cm、腹背方向に7cmの拡がりを示す充実性腫瘍で、超音波像上では矩形に描出される(胸部CTによる全体像計測では7x7x8cm)。

内部エコーは中央部がやや高輝度な不均質充実型(IV)に相当し、分葉構造、嚢胞様構造や壊死性変化は認めない。

胸壁の内肋間筋膜は平滑性を保っており胸壁浸潤はない。

病変は上行大動脈と左主肺動脈と広範に接し、左主肺動脈を背側に圧排変位している。左主肺動脈前壁構造は明瞭に保たれており浸潤なしと思われる。病変の呼吸性移動は明瞭ではないが、浸潤性ではなく病変が大きいためと思われる。

Power doppler 像では腫瘍内血流を示唆するシグナルは明らかではなかった。

胸水および心嚢水を認めなかった。

同縦隔病変に対しエコーガイド下針生検を合併症なく施行した。

超音波所見の要約と超音波診断

不均質充実型前縦隔腫瘍で胸壁と左主肺動脈臓器への浸潤は認めない。

超音波診断：胸腺腫の疑い

考察

本例は、縦隔腫瘍の超音波像パターン分類基準IV型：不均質充実型を呈する胸腺腫であった。超音波ガイド下生検により組織分類までは確定できなかったものの胸腺腫の組織所見が得られ、その後、拡大胸腺胸腺腫合併切除を行った。本例での不均質充実型パターンは、切除標本と対比すると線維化成分の多い領域がやや高輝度を示した中央部と合致していた。切除標本には数ミリ大の小嚢胞が存在していたが、超音波上では指摘できなかった。周囲構造への浸潤については、超音波像で観察されたように左主肺動脈と胸壁への浸潤は見られなかった。組織学的には被膜浸潤が軽度見られたが胸水も播種もなく、超音波所見はほぼ正診であった。

充実性前縦隔腫瘍の多くは胸腺腫である。胸腺腫は充実型エコーパターンを呈し、均質充実型と不均質充実型の両者が存在する。組織学的に腫瘍内小嚢胞を見ることは少なくないが、腫瘍内嚢胞型パターンは稀である。治療の選択に際して、血管浸潤、胸水・胸膜播種の観察が必須である。また画像的に胸腺腫と胸腺癌の鑑別は容易ではないため、超音波ガイド下生検の意義は大きい。

最終診断

胸腺腫、正岡分類II期、WHO病期分類T2N0M0、組織分類AB型

日本超音波医学会の定める超音波専門医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。

日本超音波医学会認定超音波専門医氏名(自署)
(署名のタイプ不可)

東京 花子

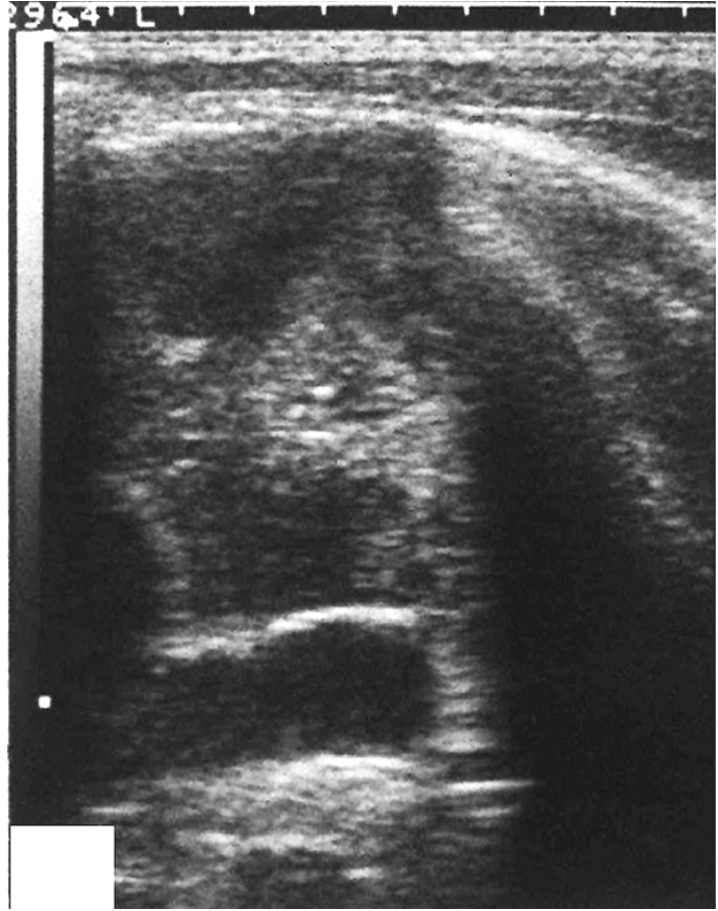
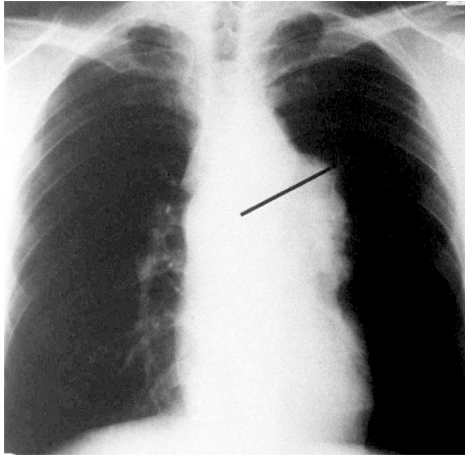
FJSUM No. **

(SJSUM No. **)

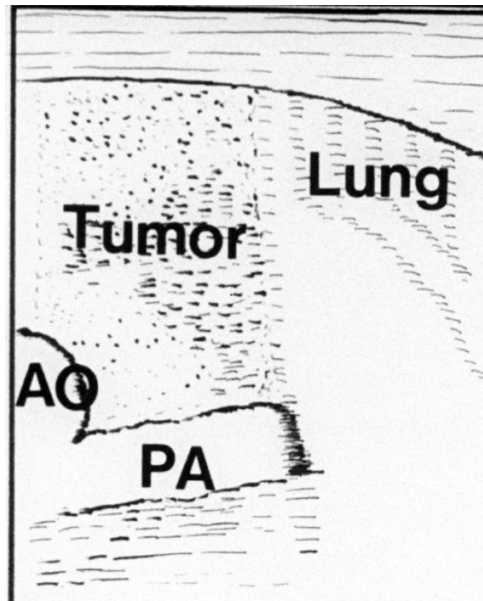
[写真貼付欄]

※写真は、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。

※個人が特定できる情報（氏名、ID）は、必ずマスキングすること。



[スケッチ記入欄] ※鉛筆書き不可



胸部X線撮影上の直線は観察方向を示している。腫瘍（Tumor）は前縦隔に位置し不均質充実型を示し、上行大動脈（AO）と左肺動脈（PA）を背側に圧排変位させている。胸壁ならびに左主肺動脈との境界は明瞭だが、大動脈と縦隔胸膜への浸潤は評価不能である。