**（必ず記載すること）受付No.**

**本症例について※いずれかにチェックする　□この症例は初めての提出である。□過去に提出したことがある。**

**提出したことが有る方は試験の回を記載してください。　第　　　　　回検査士試験**

（様式 3 の 2 ）

＊様式 3 の 2は両面にする必要はありません。

＊健診領域を受験される方は健診領域用（様式 3 の 2 ）を使用してください。

**超音波検査実績**

超音波診断報告書抄録

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受験者氏名 |  | 受験臨床領域 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 抄録番号 |  | 年齢 | |  | 性別 |  | |
| 施設名 |  | | | | 疾患コード |  | |
| 検査年月日 |  | | 超音波診断医名（担当医） | |  | | |
| [超音波検査所見] | | | | | | | |
| 超音波診断 |  | | | | | | |
| [超音波所見と臨床診断との関連について] | | | | | | | |
| 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検査士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 | |  | |
| 認定超音波専門医氏名 | |  | |
| （自署） | |  | |
|  | （専門医番号（FJSUM No） －　　　　　　　　　　） | |

**（必ず記載すること）**受付No.

（様式 3 の 2 ）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 抄録番号 |  | 受験者氏名 |  |
| [写真貼付欄] **写真の個人情報（氏名、ＩＤ、生年月日）**は必ず削除するか、読み取れないように消去すること。  ※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。 | | | |
| [スケッチ記入欄]  ※スケッチは手書きとする。しかし血管領域についてはパソコンによるスケッチでも可とする。  鉛筆書き可。 | | | |