

## 応募書類確認書

提出書類にチェック(☑)してください

チェック欄が未記載の場合は書類審査時に書類不備とみなされ再提出対象となります

- (様式 1) 申請書
- (様式 2) 履歴書
- 日本整形外科学会専門医認定証 (写)
- (様式 3) 股関節鏡視下手術実績一覧表
- (様式 4) 申請症例のまとめ (正本 1 部・副本 1 部)  
**副本 1 部は審査用として、申請者名、手術記録の施設名、術者等の記載を完全に消し込むこと。**
- (様式 5) 股関節鏡視下手術関連業績目録一覧 (書類のコピー)
- 本学会の教育研修セミナー参加証明書類 (書類のコピー)  
(※3 年間は移行措置として上記がなくとも申請は可)
- 本学会の股関節鏡視下手術実技セミナー参加証明書類 (書類のコピー)  
(※3 年間は移行措置として上記がなくとも申請は可)
- 術者として行った関節鏡視下股関節唇形成術 1 症例の未編集ビデオ (コピー 3 部)
- (様式 6) 動画審査添付用症例レポート
- (様式 7) 承諾確認書 (承諾書は施設にて保管)
- (様式 8) 理事の推薦書
- 様式 1~3、5~8 (正本 1 部、副本 2 部) ならびにビデオ 3 部作成
- 様式 4 (正本 1 部、副本 1 部)
- 審査料 20,000 円の払込受領書のコピー (本応募書類確認書にホッチキスで添付)

日本股関節学会股関節鏡技術認定制度の技術認定を取得致したく、以上の書類、ビデオを漏れなく提出致します。

また、これら書類、ビデオの記述、内容には一切偽りはありません。

年 月 日

施設名 ( )

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 申請書

日本股関節学会理事長 杉山 肇 殿

股関節鏡技術認定制度の技術認定の取得を希望するので、以下の書類、ビデオを添え応募致します。

## 股関節鏡視下手術技術認定申請書

対  
 氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 勤務先 \_\_\_\_\_  
 勤務先住所 〒 \_\_\_\_\_  
 勤務先電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Fax 番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
 E メールアドレス \_\_\_\_\_  
 日本股関節学会会員番号 \_\_\_\_\_ 723 - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 日本整形外科学会専門医番号 \_\_\_\_\_ 取得年月日 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 申請者氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

※事務局使用

審査料	事務局		
※	受付日時	受付番号	審査結果
	※	※	※

**履歴書**

写真を貼る位置

1. 縦 36~40 mm  
横 24~30 mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面にのりづけ
4. 裏面に氏名記入

年 月 日

フリガナ 申請者氏名			
会員番号	723-      -	入会年度	西暦      年度
生年月日	西暦      年    月    日	性別	男    ・    女
現住所	〒  自宅/携帯電話番号      -      -		
出身校・卒業年		西暦	年
医師免許証	医籍登録      号	医籍登録	西暦      年
研修施設 (主に内視鏡手術 を研修した施設)	年 月 年 月 年 月		
職歴 (最近のもの、全 て記載する 必要はない)	年 月 年 月 年 月 年 月		
加入学会	日本股関節学会		
賞罰			

**股関節鏡視下手術実績一覧表**

申請者氏名 \_\_\_\_\_

※実施日順に記入のこと（降順でも昇順でもかまわない）

症例	手術実施日	疾患名	手術術式	手術内容
1				<input type="checkbox"/> 関節唇形成術 <input type="checkbox"/> その他
2				<input type="checkbox"/> 関節唇形成術 <input type="checkbox"/> その他
3				<input type="checkbox"/> 関節唇形成術 <input type="checkbox"/> その他
4				<input type="checkbox"/> 関節唇形成術 <input type="checkbox"/> その他
5				<input type="checkbox"/> 関節唇形成術 <input type="checkbox"/> その他
6				<input type="checkbox"/> 関節唇形成術 <input type="checkbox"/> その他
7				<input type="checkbox"/> 関節唇形成術 <input type="checkbox"/> その他
8				<input type="checkbox"/> 関節唇形成術 <input type="checkbox"/> その他
9				<input type="checkbox"/> 関節唇形成術 <input type="checkbox"/> その他
10				<input type="checkbox"/> 関節唇形成術 <input type="checkbox"/> その他
11				<input type="checkbox"/> 関節唇形成術 <input type="checkbox"/> その他
12				<input type="checkbox"/> 関節唇形成術 <input type="checkbox"/> その他
13				<input type="checkbox"/> 関節唇形成術 <input type="checkbox"/> その他
14				<input type="checkbox"/> 関節唇形成術 <input type="checkbox"/> その他

15				<input type="checkbox"/> 関節唇形成術 <input type="checkbox"/> その他
16				<input type="checkbox"/> 関節唇形成術 <input type="checkbox"/> その他
17				<input type="checkbox"/> 関節唇形成術 <input type="checkbox"/> その他
18				<input type="checkbox"/> 関節唇形成術 <input type="checkbox"/> その他
19				<input type="checkbox"/> 関節唇形成術 <input type="checkbox"/> その他
20				<input type="checkbox"/> 関節唇形成術 <input type="checkbox"/> その他

注：

- ①過去 5 年間に術者として遂行した股関節鏡視下手術 20 症例を手術実績一覧として提出すること。  
うち 10 症例は関節鏡下股関節唇形成術であることとする。
- ②提出ビデオの症例に○印を付けること。
- ③照合できるよう、所属施設内において、症例一覧上の番号に対応する患者姓名、年齢、性別、手術年月日のリストを作成し、管理すること。

申請症例のまとめ	申請者名	⑨
----------	------	---

## 〔記入上の注意〕

- ・各項目はできるだけ簡潔明瞭に、読み易く記載すること。
- ・現病歴などの記入に際しては詳細な日付は記入せず、年月のみとし、「受傷後何日」、「発症から何カ月」などの表現にすること。
- ・日付、患者氏名、病院名を個人が特定できないように完全に消した画像と手術記録のコピーを添付すること。画像の提供を受ける際には、病院の個人情報取り扱いに関する規定を遵守すること。
- ・**副本は審査用として、申請者名、手術記録等から施設名、術者名を完全に消したものを作成すること。**

症例 No.		手術時年齢	才	性別	男・女	疾患名	
--------	--	-------	---	----	-----	-----	--

## I. 診断

## 1) 主訴

## 2) 現病歴

## 3) 初診時所見

## 4) X線像その他画像を添えて、その解釈と診断結果

(FAIの場合には Cross-over sign,  $\alpha$ 角、Pistol grip deformity など、寛骨臼形成不全においては CE 角などに基づいて画像診断の根拠を記載すること)

## 5) 以上から推定できる病態とその根拠

症例 No.
--------

申請者名	
------	--

II. 実施した手術的治療の内容

1) 手術術式名

2) 手術時間

3) 手術方法および所見

4) 合併症の有無とその内容

症例 No.
--------

申請者名	
------	--

参考とすべき画像などの貼付用紙(写真は 8 cm×10 cm 程度の大きさを基準とし、説明をつけること)



症例 No.

申請者名

手術記録のコピーの貼付用紙

**股関節鏡視下手術関連業績目録一覧**

申請者番号 \_\_\_\_\_ (事務局使用)

氏名 \_\_\_\_\_

論文

著者名 (申請者を含む3名までを記入)	種別○ で囲む	表題	雑誌名/著書名	巻号頁	年度
1	筆・共				
2	筆・共				
3	筆・共				
4	筆・共				
5	筆・共				
7	筆・共				
7	筆・共				
8	筆・共				
9	筆・共				
10	筆・共				

- ※ 共著を含めた全ての英語論文数と主著となった日本語論文数を申請すること
- ※ 論文の1ページ目のコピーを添付したことの確認のため、ホッチキスで記載順に添付すること。
- ※ 少なくとも1編はHip Jointに掲載されていること。
- ※ 共著を含めた全ての英語論文数と主著となった日本語論文数を申請すること。

## 学会発表

演者名 (申請者を含む3名までを記入)	種別 ○で 囲む	演題名	学会名	年月日	場所
1	筆・共				
2	筆・共				
3	筆・共				
4	筆・共				
5	筆・共				
6	筆・共				
7	筆・共				
8	筆・共				
9	筆・共				
10	筆・共				

※ 学会発表は全国レベルあるいは公認研究会での発表、論文(著書)の掲載誌は問わないが短報、エッセイ、紹介文などは不可。

※ 学会発表の抄録本文のコピーを添付したことの確認のため、ホッチキスで記載順に添付すること。

※ 学会発表に関しては、3演題は日本股関節学会学術集会での発表であること

**動画審査添付用症例レポート**

申請者番号 \_\_\_\_\_ (事務局使用)

症例 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 男 / 女

診断 右 / 左 \_\_\_\_\_

既往歴 \_\_\_\_\_

手術時間 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分 推定出血量 \_\_\_\_\_ g

術中合併症 \_\_\_\_\_

術後合併症 \_\_\_\_\_

術後在院日数 \_\_\_\_\_ 日

提出媒体 DVD / USB メモリスティック

動画の形式 (※MPEG4 など) \_\_\_\_\_

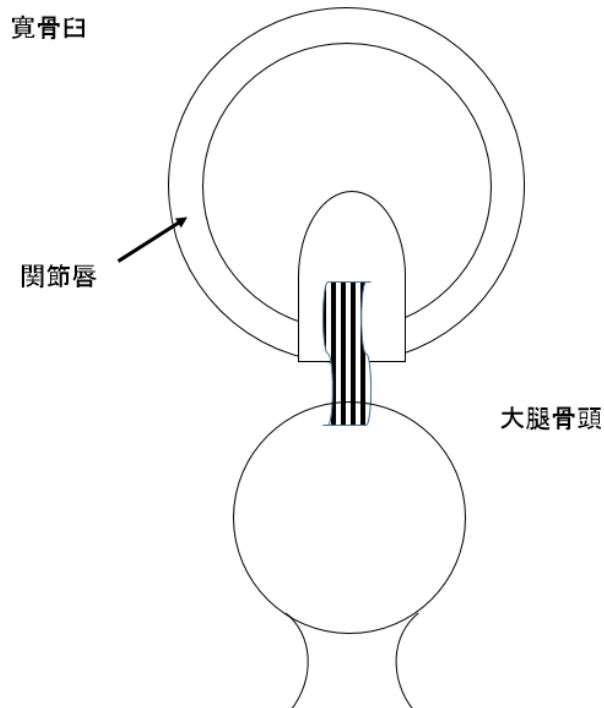
収録時間 \_\_\_\_\_

※動画の記録速度は通常のものとし、倍モードで記録されたものは不可。

股関節鏡手術のコメント

① 手術の概念・作成下したポータル、その他コメントを記載してください


② 股関節唇の損傷形態、損傷範囲、Cam 病変の軟骨損傷の位置、アンカーの挿入位置、本数などを図示してください



術後股関節 2 方向単純 X 線像のコピー

**承諾確認書**

**動画データ提出に関する患者の承諾について**

この度、\_\_\_\_\_氏が、日本股関節学会股関節鏡技術認定制度に申請するにあたり、患者に対し十分な説明を行い、手術動画データの提出を承諾いただいたことを証明いたします。

施設名：\_\_\_\_\_

役 職：\_\_\_\_\_

確認者氏名：\_\_\_\_\_ (印)

**※自署のこと**

- ※ 患者に本制度の主旨を説明し、本承諾書あるいはこれに類する承諾書（確かに納得されたことを証明し、患者本人あるいは事情のある場合には代理人の署名・捺印があるもの）に署名・捺印を得ること。
- ※ 承諾書は個人情報保護の観点から、本学会事務局に患者氏名が知られることを避けるため、所属長が確認の上この用紙に署名・捺印し、この用紙のみを提出する。
- ※ 患者の承諾書があることの確認のために、患者本人（あるいは代理人）が署名・捺印した承諾書と本用紙を重ね、確認者（上記署名人）が割り印する（割り印なき場合は無効とする）。
- ※ 確認者は所属長あるいは事務長など、書類確認等に責任の持てる者とする。
- ※ 患者の承諾書は必ず厳重に保管すること（もし必要があった際には提出できるようにしておくこと）。



↑ココに承諾書を合わせて割り印（2箇所とも書類確認者の印）する↑

日本股関節学会股関節鏡技術認定制度

## 承諾書

※本頁承諾書は申請書類と共に送付はせず、施設で保管すること。

### 日本股関節学会股関節鏡技術認定申請への協力依頼について

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

あなたの手術の動画データを、私、医師 \_\_\_\_\_ が日本股関節学会股関節鏡技術認定制度申請のため日本股関節学会股関節鏡技術認定審査委員会に提出することについてご承諾いただきたくお願い申し上げます。なお、この認定申請に協力するかどうかは、あなたの治療とは何ら関係がなく、ご協力いただけない場合でも不利益を受けることはありません。

#### 記

1. 技術認定制度の目的と方法について

この認定制度は、高度な技術が要求される股関節鏡手術に携わる医師の技量を評価し、所定の基準を満たした者を認定するものです。その際、医師の技量を評価する対象として申請者の手術動画データが、技術認定審査委員会にて審査されます。

2. 技術認定審査委員会委員について

手術動画データを判定する技術認定審査委員は、技術認定を取得した指導的な股関節鏡外科医です。いずれも、股関節鏡手術に精通し、実際に臨床に携わっている医師です。

3. プライバシー保護について

技術認定審査委員会並びに、審査事務を担当する日本股関節学会事務局には、あなたの名前や住所は一切公表しません。

以上

### 日本股関節学会 股関節鏡技術認定申請に関する承諾書

年 月 日

担当医師 殿

担当医師より、私の手術動画データを技術認定審査の対象として、日本股関節学会股関節鏡技術認定審査委員会に提出することについて説明を受けました。つきましては、上記認定申請のため、技術認定審査委員会に私の手術動画データを提出することを承諾致します。

<患者>

住所：

氏名： 印

事情により本人が承諾の意志を表明できないため、本人に代わり承諾致します。

<代理>

住所：

氏名： 印

※本承諾書は提出不要、申請施設で保管すること。



**推薦証明書**

日本股関節学会

理事長 杉山 肇 殿

私は、この度日本股関節学会股関節鏡技術認定を申請した\_\_\_\_\_氏の  
関節鏡視下手術手技を実際に見て、私自身の医師としての知見と経験に基づき、  
同氏が主要な股関節鏡視下手術を独立した術者として遂行できる医学的知識および  
技量を持っていることを、良心に従って証明致します。

年 月 日

理事氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

※自署のこと