**一般社団法人日本ヘルニア学会　鼠径部ヘルニア修得医認定制度　申請用症例登録リスト書式**

**申請者氏名**

**会員番号　202- -**

**所属施設・部門名**

**\*施設または部門責任者自署・捺印**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **年齢** | **性別** | **患側****(右/左/両側)** | **疾患名****(新JHS分類)** | **手術年月日** | **手術実施施設** | **\*術式** | **手術時間(分)** | **\*合併症****(有/無)** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **21** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **22** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **23** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **24** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **25** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* 術式：TAPP、TEP、鼠径部切開法の場合は各術式名を記載すること

\* 合併症：術後30日以内の合併症の有無を記載すること

\* 所属施設または部門責任者は、申請者が準備したNCD登録の資料と症例登録用ファイルを照合し、記載内容が事実に基づくことを必ず確認すること。認定審査の過程において、状況により提出症例に該当するNCD内の検索データの提出を求めることがある。