

症例詳細報告評価

受験番号 _____

評価者署名 _____

- | | 症例 1 | 症例 2 | 症例 3 | 症例 4 | 症例 5 |
|--|--------------------------|------|------|------|------|
| I. 症例の「疾患領域」を数字で記入し、5領域に分かれているか確認する | () | () | () | () | () |
| II. 倫理上の問題点がある症例には () 内に×印をつけ、備考に具体的内容を記入する | () | () | () | () | () |
| III. 評価基準 | 別紙の評価チェック項目ごとの採点基準を参照のこと | | | | |

評価チェック項目 (各項目ごとに2,1,0 に○印をつける)	症例 1	症例 2	症例 3	症例 4	症例 5
■ 記述は要項に則り、簡明で理解し易いか	2, 1, 0	2, 1, 0	2, 1, 0	2, 1, 0	2, 1, 0
■ 病型分類、用語の使用法は正しいか	2, 1, 0	2, 1, 0	2, 1, 0	2, 1, 0	2, 1, 0
■ 病歴、診断のすすめ方、症例の特徴の記述および内容は適切か	2, 1, 0	2, 1, 0	2, 1, 0	2, 1, 0	2, 1, 0
■ 治療の選択、臨床経過の要点と考察の記述 および内容は適切か	2, 1, 0	2, 1, 0	2, 1, 0	2, 1, 0	2, 1, 0
■ 患者、家族への説明は適切か	2, 1, 0	2, 1, 0	2, 1, 0	2, 1, 0	2, 1, 0
得点計 (評価項目の合計を記す)	()	()	()	()	()

「領域」が重複している場合、得点小計が上位の症例を採用し、一方を0とする

備考：倫理上の問題点がある症例について具体的にご記入下さい。

合計得点

症例要約評価(1)

(症例No. 1 ~ No.15)

受験番号 _____

評価者署名 _____

評価基準 別紙の評価チェック項目ごとの
採点基準を参照のこと

評価チェック項目 (各項目ごとに□内にチェック印の✓をつける)	No1		2		3		4		5	
	yes	no	yes	no	yes	no	yes	no	yes	no
■ 病型分類、用語の使用法は正しいか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ 記述は簡明で、理解しやすいか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
“no” にチェックされた数を記す	()		()		()		()		()	
得点 計 (“no”の数 0:2点, 1:1点, 2:0点)										

小計(1)

	No6		7		8		9		10	
	yes	no	yes	no	yes	no	yes	no	yes	no
■ 病型分類、用語の使用法は正しいか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ 記述は簡明で、理解しやすいか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
“no” にチェックされた数を記す	()		()		()		()		()	
得点 計 (“no”の数 0:2点, 1:1点, 2:0点)										

小計(2)

	No11		12		13		14		15	
	yes	no	yes	no	yes	no	yes	no	yes	no
■ 病型分類、用語の使用法は正しいか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ 記述は簡明で、理解しやすいか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
“no” にチェックされた数を記す	()		()		()		()		()	
得点 計 (“no”の数 0:2点, 1:1点, 2:0点)										

小計(3)

症例詳細報告評価採点基準

(2003年5月作成)

■記述は要項に則り、簡明で理解し易いか

2 重複なく、必要な事が記述されている。文章が分かりやすい。

1 2でも0でもない場合

0 必要な事が記述されていない。文章が分かりにくい。

■病型分類、用語の使用法は正しいか

小児神経学用語集、神経学会用語集、先天異常用語集、小児科学会用語集、Stedmanなどに則っているか。国際てんかん学会の分類、Swaiman、Aicardi、Scriber、DSMIV、Merc Manual、Dyck、Volpeの最新版、ICD10、OMIM(Online Mendelian Inheritance in Man)、Smithなど何れかの分類を使用しているか。

(2004年度より申請書P9に、受験者が記載にあたって使用した用語集、疾患分類を記入する欄「X. 症例要約、詳細報告の記載に使用した用語集および疾患分類」を作成)
[但し、記入要項の小児神経学用語集、脳と発達、国際てんかん分類、DSMIVを使用するようにとの注意書きはそのまま]

2 誤りがあっても1語以内、最新の分類を使用している。

2 誤りがなく、最新の分類ではないが過去6年以内に公表されたものを使用している。あるいは現時点では分類不可能。

1 誤りがあっても3語未満、最新の分類を使用している。

1 誤りがあっても1語以内、最新の分類ではないが過去6年以内に公表されたものを使用している。

0 誤りが3語以上、最新の分類ではないが過去6年以内に公表されたものを使用している。

0 誤りがあっても1語以内、古い分類を使用している。

■病歴、診断のすすめ方、症例の特徴の記述および内容は適切か

診断名を隠して試験官が記述を読んで

2 病歴で、経過（急性、亜急性、慢性；一過性、進行性、現病は停止性、変動性（増悪因子）、症例特徴（外傷性、先天奇形、炎症性、中毒、代謝異常／変性、遺伝性、発達障害、心因性；皮質、白質、基底核、小脳、脊髄、末梢神経、神経筋接合部、筋、結合織）が明確にできる。

* 必要な検査を選んで侵襲の少ないものから行っている。

* 診断あるいは児の状態を明確に想像できる

1 2でも0でもない場合

0 診断および児の状態を想像できず、問題点の把握も困難である。

■治療の選択、臨床経過の要点と考察の記述および内容は適切か

- 2 臨床経過を正しく分析判断し、効果的と思われる治療を選択している。
- 1 2でも0でもない場合
- 0 臨床経過の分析が不十分で、治療法の選択も不適切である。

■患者、家族への説明は適切か

- 2 遺伝子診断などに対する倫理的配慮が行われている。
* 検査、治療のメリット、デメリットについて説明し、承諾を得ている。
* 予後に対して適切な対応がなされている。
* 得られる社会資源の情報を提供し支援している。
- 1 2でも0でもない場合
- 0 遺伝子診断などに対する倫理的配慮が不十分である。
* 検査、治療のメリット、デメリットについて説明が不十分である。
* 予後に対して適切な対応が不十分である。
* 得られる社会資源の情報を提供および支援が不十分である。

症例要約評価採点基準

(2003年5月作成)

■病型分類、用語の使用法は正しいか

小児神経学用語集、神経学会用語集、先天異常用語集、小児科学会用語集、Stedmanなどに則っているか。国際てんかん学会の分類、Swaiman、Aicardi、Scriber、DSMIV、Merc Manual、Dyck、Volpeの最新版、ICD10、OMIM(Online Mendelian Inheritance in Man)、Smithなど何れかの分類を使用しているか。

(2004年度より申請書P9に、受験者が記載にあたって使用した用語集、疾患分類を記入する欄「X. 症例要約、詳細報告の記載に使用した用語集および疾患分類」を作成) [但し、記入要項の小児神経学用語集、脳と発達、国際てんかん分類、DSMIVを使用するようにとの注意書きはそのまま]

- yes 誤りがあっても1語以内、最新の分類を使用している。
- yes 誤りがなく、最新の分類ではないが過去6年以内に公表されたものを使用している。あるいは現時点では分類不可能。
- no 誤りが3語以上、最新の分類ではないが過去6年以内に公表されたものを使用している。
- no 誤りがあっても1語以内、古い分類を使用している。

■記述は、簡明で理解し易いか

- yes 重複なく、必要な事が記述されている。文章が分かりやすい。
- no 必要な事が記述されていない。文章が分かりにくい。

小児神経科専門医申請用 症例要約

(*:記入しないこと)

受験番号*:		受験者氏名:		評議員署名:		(印)
症例番号:	疾患領域:	医療機関名:	患者ID:	患者Initial(姓・名):	性別:	診察時年・月齢:
1	3	日本病院	██████████	██████████	女	0歳6か月
<p>診断: 脳性麻痺 (痙直型両麻痺)</p> <p>要約: 在胎28週、1,230gで出生。RDS (呼吸窮迫症候群) あり、人工換気の上、サーファクタントを使用。日齢7、頭部エコーで脳室周囲の高エコー域を認めた。修正月齢3か月で、両下肢の動きが少ない、頸の坐りが悪い、引き起こし反応で反りやすいことから紹介され受診。非対称性緊張性頸反射と Moro 反射は軽度陽性。両下肢の伸展緊張の亢進、深部腱反射の亢進、股関節の開排制限、頭部 MRI で PVL 像を認め、痙直型両麻痺と診断され、現在療育継続中。</p>						
症例番号:	疾患領域:	医療機関名:	患者ID:	患者Initial(姓・名):	性別:	診察時年・月齢:
2	13	日本病院	██████████	██████████	男	1歳3か月
<p>診断: West 症候群、知的障害</p> <p>要約: 正期産、新生児期には異常なく発達も順調であったが、生後7か月に頭部前屈発作が出現、シリーズ形成を認めた。同時に不機嫌傾向が出現、外界刺激に対する反応も鈍くなった。脳波検査で hypsarhythmia を認め、直ちに入院。Vitamin B₆大量療法を行ったが無効。合成 ACTH 療法で発作は消失し、脳波所見も改善した。頭部 CT では一過性脳萎縮を認めた。現在抗てんかん薬を内服し経過観察中。</p>						
症例番号:	疾患領域:	医療機関名:	患者ID:	患者Initial(姓・名):	性別:	診察時年・月齢:
3	14	日本病院	██████████	██████████	女	5歳4か月
<p>診断: Duchenne 型筋ジストロフィー、知的障害</p> <p>要約: 歩行開始1歳6か月。その後も転びやすかった。4歳で幼稚園に入園。他児に比べて走るのが遅かった。診察上、両足とび不能、腓腹筋の肥大、近位筋の筋力低下を認めた。生化学検査では AST 254 IU / L, ALT 225 IU / L, LDH 1706 IU / L, CK 9830 IU / L, Aldolase 23 IU / L であった。6歳時 IQ58。筋生検では筋線維の大小不同、円形化、結合織の増生、壊死再生像を認めた。ジストロフィン DNA 検査では遺伝子欠失を認めた。</p>						
症例番号:	疾患領域:	医療機関名:	患者ID:	患者Initial(姓・名):	性別:	診察時年・月齢:
4	4	日本病院	██████████	██████████	女	0歳8か月
<p>診断: Krabbe 病</p> <p>要約: 正期産、発達も順調であったが、生後6か月より哺乳量の減少、体重増加不良、筋緊張低下が出現した。7か月には寝返りが出来なくなり、不機嫌、上下肢を突っ張るようになった。筋緊張亢進、弓なり緊張、四肢深部腱反射亢進、病的反射陽性、尖足を認めた。眼底異常なく、肝脾腫なし。頭部 CT で軽度脳萎縮。末梢神経伝導速度の遅れ、髄液蛋白増加がみられた。白血球の galactosylceramidase の活性は0であり、Krabbe 病と診断した。</p>						
症例番号:	疾患領域:	医療機関名:	患者ID:	患者Initial(姓・名):	性別:	診察時年・月齢:
5	17	日本病院	██████████	██████████	女	3歳6か月
<p>診断: 広汎性発達障害 (自閉症)</p> <p>要約: 正期産、乳児期は手のかからない静かな子。発達は頭定3か月、坐位保持7か月で1歳頃有意語2-3語みられたが、その後言葉が消失し、視線が合わず多動、特定のものにこだわるようになった。名前を呼んでも無視し、一人遊びを好み、ごっこあそびが出来ない。爪先歩行、指を奇妙にくねらせる常同運動がみられる。顔の表情は硬い。DSM-IVの診断基準から広汎性発達障害 (自閉症) と診断し、現在行動療法中である。種々の血液検査、画像検査、聴力検査、脳波検査などに異常はみられなかった。</p>						

小児神経科専門医申請用 症例詳細報告

(*: 記入しないこと)

受験番号*:		受験者氏名:		審査評価点*:	
医療機関名: <p style="text-align: center;">日本病院</p>			評議員署名: <p style="text-align: right;">(印)</p>		
症例番号: 1	疾患領域: 4	患者I.D.:	患者Initial(姓・名):	性別: <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日:
診察時年・月齢: 1歳 0か月	最終経過観察時年・月齢: 9歳 0か月	外来年月日: 平成6年1月19日	入院年月日: 平成6年1月26日	退院年月日: 平成6年2月10日	転帰: 不変

症例(主訴、家族歴、既往歴、現病歴、現症、検査所見、治療、経過、インフォームド・コンセントを含む家族への説明、倫理的配慮などをワードプロセッサで1000字以内に記載する)

[主訴] 精神運動機能の退行、易刺激性

[家族歴、既往歴] 近親婚なし。他に特記すべきことなし。

[現病歴] 39週、3,080gで出生。乳児期早期より、音に過敏な傾向がみられた。頸定3か月、寝返り6か月、坐位保持は8か月で獲得したが、11か月頃から坐位保持と寝返りが不可能となった。1歳過ぎから食事に際し、むせることが多く、四肢の運動も著明に減少し、わずかに手足を動かす程度になったため入院した。

[入院時現症] 全身の筋緊張低下、四肢筋力の著明な低下があり、仰臥位で上下肢の挙上は困難であった。深部腱反射は著明に亢進、Babinski 徴候が陽性であった。追視は可能で、あやすと笑った。対光反射正常。眼底検査で cherry-red spot を認めた。音に対し過敏で、全身性驚愕反応を示した。頭囲46.5cm、肝脾腫は認めなかった。

[入院時検査所見] 末梢血検査、検尿では異常なし、AST 82 IU/L, ALT 28 IU/L, LDH 1306 IU/L で、LDH 高値を認めたが他の生化学的検査は正常範囲内であった。尿還元糖・ムコ多糖体定性検査では陰性、髄液検査では LDH が274 IU/L と高値を示した。

[経過] G_{M2} ガングリオシドーシスを疑い、白血球酵素活性検査を行った。β-hexosaminidase A の欠損を認め(正常対照: 58.1%, 患児: 2.3%)、Tay-Sachs 病と診断した。

頭部 CT 上異常はなかったが、MRI T₂ 強調画像で、被殻、尾状核、側脳室体部周囲白質の高信号域を認めた。脳波では広汎性徐波を認めた。視覚誘発電位では潜時が延長し、体性感覚誘発電位では皮質反応が消失していた。筋電図、末梢神経伝導速度、聴性脳幹反応は正常で、以上より大脳皮質と視床の病変が推定された。

[インフォームド・コンセント] 入院適応は、1. 誤嚥による肺炎を起こす可能性が高く、日常のケアを検討すること、2. 患児の退行の原因を検索するため酵素活性を調べる。原因不明に終わる可能性、判明後も治療法がない可能性もあるが、治療法が見つかる病気の可能性もゼロではないので精査したい旨を話し、了承を得た。

[家族への説明] 両親に、患児は Tay-Sachs 病に罹患しており、残念ながら現段階では根治法はなく、生命予後不良といわれているが、経過を見ながら、苦痛を少なく、生活の活性化ができるよう支援する旨を話した。人である以上は誰でも5-6個は遺伝子異常を持っていることを含み、本症は常染色体性劣性遺伝形式をとることなどを時期をおいて話した。

[診断] G_{M2} ガングリオシドーシス(Tay-Sachs 病)

[考察] 予後不良の退行性疾患であるが、両親は前向きであるので積極的療育支援が必要である。

小児神経科専門医研修認定施設申請 — 実 施 要 項 —

研修施設の認定を受けるためには、小児神経科専門医制度規則（以下、規則と呼ぶ）第10条の規定により、日本小児神経学会の審査を受けなければなりません。認定を希望される施設は、下記を参考に認定申請書を提出して下さい。

1. 認定の基準

小児神経科専門医制度規則における研修施設の認定基準は、同規則および小児神経科専門医研修認定施設規定に定めた通りです。

1. 研修施設（規則第10条）

学会は、次の各号に該当し、小児神経科専門医研修認定施設規定に定める審査基準に合格した施設を小児神経科専門医研修施設として認定する。

- (1) 医育機関附属病院、厚生労働大臣の指定する臨床研修病院、小児総合医療施設、またはこれらに準ずる病院、各種専門医療機関で小児神経科に該当する医療を行っている医療機関であること。
- (2) 小児神経科臨床研修の指導責任者が定められており、十分な研修と指導が行われると認められること。指導責任医は常勤で専門医であること。
- (3) 委員会が作成した「小児神経科専門医の到達目標」に沿った研修ができるカリキュラムが定められ、研修基準に合致していること。

2. 研修施設として相応しい条件（小児神経科専門医研修認定施設規定）

1) 小児神経疾患診療の実績を有すること

- ① 過去1年間の小児神経疾患患者数が、月平均50名以上。
- ② 多様な小児神経疾患を診療している。
(最近1年間の患者が、専門医「到達目標」の7領域以上にわたることが望ましい)
- ③ 指導責任医がおり、指導責任医を含め専門医が2人以上いることが望ましい。

2) 指導責任医の存在

3) 研究の実績

- ① その医療機関から小児神経学に関する研究（学会発表、論文）が行われている。
- ② 当該機関または関連の施設で、小児神経学に関する教育行事（症例検討会、脳波・画像等検討会等）を行っていること。

4) 施設、設備

- ① 当該機関または関連の施設で、小児神経疾患患者のための外来及び入院の設備を備えている。
- ② 当該機関または関連の施設で、神経学に関するいくつかの臨床科、検査科（病理を含む）を備えている。
- ③ 当該機関または関連の施設で、画像診断機器、神経生理学的検査機器などの設備を具備している。
- ④ 関連図書の実。 (Brain & Development の継続購読が必要である。)

3. 研修関連施設（規則第12条）

専門医研修関連施設は、専門医研修施設の指導責任医が研修に必要と認めるとともに研修カリキュラムに組み込まれた施設で、委員会に申請され、承認された施設とする。この関連施設での研修は専門医研修施設における研修と同等とする。

4. 指導責任医の基準

研修施設と一体で審査し、認定します。以下の条件を満たすことが求められます。
指導責任医とは当該施設における小児神経科専門医研修に関する教育・指導・相談体制における責任者を指す。

1) 小児神経科専門医

2) 以下の資格、業績を有する。

- ① 医学部卒業後10年以上
- ② 過去連続5年以上本学会会員
- ③ 業績：過去5年以内に発表した小児神経学に関する論文3編以上（自著、共著、症例報告を含め原著論文が含まれること）
過去5年以内に総会および地方会、関連学会に発表した小児神経学に関する演題3題以上
- ④ 原則として指導責任医とは当該施設における常勤とする。

II. 認定申請の方法

1. 申請に必要な提出書類

- (1) 小児神経科専門医研修施設認定申請書
- (2) 指導責任医の経歴および業績-1
- (3) 指導責任医の経歴および業績-2
- (4) 施設状況調査票
- (5) 小児神経関連の領域別症例数（ならびに同領域研修内容）
- (6) 小児神経科専門医研修カリキュラム
- (7) 小児神経科専門医研修カリキュラム 指定研修関連施設

注意：(1),(2),(3),(4),(5),(6),(7)とも学会所定の用紙による。上記の書類は返信用封筒（A4サイズの入る封筒に240円切手貼付、住所、氏名を明記）を同封し、日本小児神経学会*へ請求する。

2. 提出先

申請には、上記に示す書類（正1部、副2部、計3部）をそろえて、別記の期間内に日本小児神経学会*に簡易書留で送付する。

*認定申請書類郵送先

〒162-0056 東京都新宿区若松町6-13 建和堂ビル2F
日本小児神経学会専門医委員会

3. 受付期間

平成17年5月1日から8月31日までとする。

4. 審査料は無料です。

指定された専門医研修施設に対して、専門医研修施設認定証を交付します。

III. 施設認定期間と更新

5年毎に、小児神経科専門医研修認定施設規定1.相応しい条件1)~4)の認定基本条件の確認を行い更新する。

IV. 施設認定取り消し

研修施設が次の各項の一つでも該当するときは、期間内でも認定を取り消す。

- 1) 認定の辞退。
- 2) 研修施設として相応しい条件を満たしていないとき。
- 3) 小児神経学を指導できる指導責任医が6か月以上不在の場合。

小児神経科専門医研修認定施設申請書

平成 年 月 日

日本小児神経学会理事長殿

本施設は、小児神経科専門医制度による研修認定施設の認定を受けたく、
必要書類を添えて申請いたします。

ふりがな			
申請施設名			
同上所在地	〒 ー		
	電話	ー	ー
	FAX	ー	ー
	ホームページ		
ふりがな	氏	名	公 印
申請施設長 氏 名			
ふりがな	氏	名	印
小児（神経）科 指導責任医 氏 名			

[以下は記入しないで下さい。審査事務のための記入欄です。]

受付番号		受付年月日	
登録番号	第 号	登録年月日	
認定期間	自 至		

- 添付書類 1. 指導責任医の経歴および業績-1,2
 2. 施設状況調査票
 3. 小児神経関連の領域別症例数
 4. 小児神経科専門医研修カリキュラム
 5. 小児神経科専門医研修カリキュラム 指定研修関連施設

I. 指導責任医の経歴および業績-1

(平成 年 月 日現在)

ふりがな		印	生年月日	性別
指導責任医 氏名			昭和 年 月 日	男 女
勤務病院名 および職名				

小児神経科専門医	登録番号	登録年月日
	第 号	平成 年 月 日

年 月	学 歴 お よ び 職 歴

指導責任医の経歴および業績一2

学会等の役員歴、委員歴等

年 月	学会等の役員歴、委員歴等（小児神経学関連のものを中心に）

論文発表（過去5年以内に発表した小児神経学に関する論文3編以上を記入して下さい）

No.	論文（著者名、標題、掲載誌名、発行年（西暦）；巻：最初頁-最終頁。）

学会発表（過去5年以内に発表した小児神経学関連のものを中心に3題以上を記入して下さい）

No.	演 題（発表者および連名者、演題名、学術集会名、掲載誌名。）	発表年月

Ⅱ. 施設状況調査票

(平成 年 月 日現在)

病院名							
同上所在地		〒 — 電話			FAX		
医療法病床数		一般 床,		精神 床,		その他 床 計 床	
小児神経関連科 および関連部門 (あるものに○して下さい)		科: 新生児科 小児科 耳鼻科 眼科 整形外科 リハビリテーション科 神経内科 脳外科 精神科 皮膚科 放射線科 その他 (科 科 科 科) 部門: (新生児部門、臨床遺伝部門、神経放射線部門、 部門)					
総合病院の承認 有・無		厚労省の臨床研修病院指定 有・無 (大学付属病院は記入不要)			救急病院の告示 有・無		
		病院全体として		小児科として*2,3		小児神経疾患*3 (直近1か月)	
最近1年間*1 入院患者	実数 延べ人数	人		人		人	
最近1年間*1 外来患者	実数 延べ人数	人		人		人	
最近1年間*1 入院患者 死亡数		人		人		(内剖検数 件)	
小児神経学の常勤医師数 (卒後10年以上の 小児神経科専門医)		人					
小児神経科専門医		人				人	
小児神経学会会員		人					
検査科		有・無		診療記録室		有・無	
心理テスト	有・無	本施設・関連施設*5		神経生理 EEG	有・無	本施設・関連施設	
画像 CT	有・無	本施設・関連施設		ABR	有・無	本施設・関連施設	
MRI	有・無	本施設・関連施設		VEP	有・無	本施設・関連施設	
MRA	有・無	本施設・関連施設		MCV	有・無	本施設・関連施設	
機能 SPECT	有・無	本施設・関連施設		EMG	有・無	本施設・関連施設	
PET	有・無	本施設・関連施設		SCV	有・無	本施設・関連施設	
病理	有・無	本施設・関連施設					
医学図書室	有・無	<input type="checkbox"/> 国内小児神経関連雑誌 種 <input type="checkbox"/> 外国小児神経関連雑誌 種 <input type="checkbox"/> Brain & Developmentの定期購入 有					

- 注) *1 年間とは1月～12月または4月～翌年3月いずれでもよい。分かっている範囲内ですべての最近の資料で示すこと。実数、延べ人数についてはいずれか記入しやすいものでよい。
 *2 新生児科などが分かっている場合は適宜実態がわかるように記載して下さい。
 *3 小児神経科が独立している場合にはこの欄には記入不要。
 *4 現在の年齢には関係なく、小児期発症神経疾患を含む。
 *5 関連施設名を列記した別紙をつけて下さい。

過去1年間（平成 年 月 日 - 平成 年 月 日）の
小児神経関連の症例検討会、脳波検討会、神経画像読影会、CPC、
神経内科・脳外科合同検討会、神経病理・生化学検討会、抄読会などの開催状況

Ⅲ. 小児神経関連の領域別症例数（ならびに同領域研修内容）

過去1年間（平成 年 月 日 - 平成 年 月 日）

領 域	症例数	おもな研修項目
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

領域	症例数	おもな研修項目
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		

IV. 小児神経科専門医研修カリキュラム

	研修施設	期 間	内 容
1年次			
2年次			
3年次			
4年次			
5年次			

