

日本周産期・新生児医学会
専門医制度

母体・胎児専門医
資格認定試験受験要領

2024年3月

一般社団法人
日本周産期・新生児医学会

目次

専門医資格認定試験 告示	1
<出願書類作成前の注意点>	1
<出願書類記載上の注意>	2
■出願書類別注意事項	2
1. 母体・胎児専門医資格認定試験受験出願書	2
2. 施設及び指導医の記録	2
3. 研修症例記録簿	3
4. 指導医による専攻医評価記録簿(専攻医のみ提出)	4
5. 専攻医による指導医評価記録簿(専攻医のみ提出)	4
6. 研修単位となる業績一覧	4
7. 推薦状(専攻医のみ提出)	4
8. 誓約書	4
9. 症例要約簿	4
表Ⅰ 受験資格一覧	6
表Ⅱ 出願書類分類一覧	7
表Ⅲ 研修単位となる業績一覧	8
【出願書類記載用参考資料】	9
■施設及び指導医の記録記載例	9
■必要研修症例数の詳細	12
■症例要約記入例 望ましい例 1	15
■症例要約記入例 望ましい例 2	16
■症例要約記入例 望ましくない例 1	17
■症例要約記入例 望ましくない例 2	19
■学会または研究会の参加証明記入例	20
■第 42 回周産期学シンポジウムの単位証明について	21
【その他参考資料】	22
1. 会員登録の変更_マイページからの変更手順①	22
2. 会員登録の変更_マイページからの変更手順②	23
3. 必要書類の掲載箇所	24
4. 施設年次報告書提出状況確認画面	24

2024 年度専門医資格認定試験告示

下記 URL から必ずご確認ください。

https://www.jspnm.jp/modules/notice/index.php?content_id=74

〈出願書類作成前の注意点〉

出願書を作成する前に、本要領を熟読してください。例年、出願書に多くの不備があります。不備の一例を列記しておりますので、ご確認ください。不備の多い出願書は受理しません。

また、下記 URL も併せてご確認ください。

2024 年度症例要約評価基準：<https://www.jspnm.jp/uploads/files/specialist/kijun2024.pdf>

専門医試験に係るよくある質問：<https://www.jspnm.jp/uploads/files/specialist/QandA.pdf>

■症例要約以外の出願書の不備

1. 必要研修症例数に記載された経験症例が、研修開始以前のものとなっている
2. 基本学会専門医認定証の認定期間が終了しているものを送付、または本会専門医認定証のコピーを送付してくる。送付すべき専門医認定証のコピーは日本小児科学会または日本産科婦人科学会の専門医認定証のコピー
3. 登録すべき変更届が登録されていない(研修施設を異動した時や同じ研修施設でも指導医が変更になった場合、施設・指導医変更届の提出が必須。オンラインでも登録できる)
4. 論文を単位として申請しているが論文のコピーなし
5. 参加証の添付がない単位には指導医のサインが必要だがサインがされていない(専攻医と指導医の両方を経験している場合は上席者のサインが必要)
6. 研修年次報告書・施設年次報告書の登録がない
7. 施設番号の間違い
8. ヘッダーに受験者名が記載されていない
9. 学会発表を単位として申請しているが抄録のコピーなし
10. 年会費が納入されていない
11. 研修症例記録簿の必要研修症例が年代順に記載されていない

■症例要約簿(症例要約を含む)の不備

1. 研修開始以前の症例を記載
2. 症例要約一覧と症例要約の疾患分野が異なっている
3. 受持期間と症例要約本文との相違
4. 施設番号の誤り
5. 指定された疾患分野の症例要約なし(特に母体・胎児)
6. 症例要約はすべての欄を記載することになっているが空欄がある
7. 新生児領域で受持時日齢と受持期間に相違がある
8. 誤字や単位の不備

■出願書類送付に関する事務局からのお願い

1. 書類送付の前に、必ずマイページで個人情報を確認し、勤務先を異動している場合は登録情報を変更したうえで、現在の勤務先名で出願すること
2. 送付書類で A4 サイズでないものは A4 サイズにサイズを変更したコピーを同封し、ホチキス止めはしない
3. 両面印刷はしない
4. 表紙、記入例、出願書類チェックリストは送付しない
5. 出願書類は、必ず宛名に専門医出願書類在中と記載し、簡易書留またはレターパックで送付する。

<出願書類記載上の注意>

■全般的注意事項

- (1) 認定施設とは本学会が認定する基幹・指定・補完認定施設である。
- (2) 年月日は西暦表記とする。
- (3) 片面印刷したものを提出する。 ※**原本のコピーを控えとして必ず手元に残しておくこと。**
- (4) 医学用語の使用方法は、最新の医学用語辞典、小児科用語集、産科婦人科用語集に準拠する。
- (5) 各種連絡に使用するので、必ず使用できる E-mail を記載する。 (jspnm.org のドメインについて受信許可設定してください。)施設を異動した際は、会員ログイン後のマイページにある「登録情報の確認・変更」ボタンから勤務先・E-mail 等を登録し(p23 参照)、速やかに事務局に連絡する。
- (6) 合格発表後、専門医登録をすると専門医認定証が交付される。会員情報に登録されている「送付先」へ送付するので、学会ホームページの会員ログイン後に表示される「マイページ」より「送付先」ならびに送付先となっている住所を確認すること。 **登録情報との相違で送付できなかった場合、再送付は行わない。**

■出願書類別注意事項

1. 母体・胎児専門医資格認定試験受験出願書

- (1) 専門医の認定証は受験者氏名に記載された氏名で作成するので、記載に誤りがないか確認する。
- (2) 略歴は卒業大学と研修開始から現在まで、最大 8 項目まで記載する。
- (3) ヘッダーに必ず受験者名を記載する。
- (4) 受験資格は、①専攻医、②-1. 暫定指導医(要件充足)、②-2. 暫定指導医(要件未充足)、③両方経験のうち一つを選択する。

2. 施設及び指導医の記録

- 1) 専攻医用 **※学会 HP のマイページの研修の登録内容と提出する記録に相違がないか確認すること**

新生児専攻医

届出はその日を迎えてからのご登録をお願いいたします、未登録の方は

↓施設と指導医の変更は

<申請記録> 開始届 変更届 休職届

申請日	申請書類	施設名	研修開始日	研修終了日
2010/08/12	開始届	NTT東日本札幌病院	2010/04/01	

ここに表示されている申請記録と、出願書の施設及び指導医の記録が一致していること

<研修年次報告書提出記録> 追加登録 ※研修年次報告書ご登録の注意事項

施設または指導医が変更になった場合は変更届の登録を先におこなってください

研修番号	年度	研修期間	施設名
2013	2013/04/01~2014/03/31	函館中央病院	
2012	2012/04/01~2013/03/31	NTT東日本札幌病院	
2011	2011/04/01~2012/03/31	NTT東日本札幌病院	
2010	2010/04/01~2011/03/31	NTT東日本札幌病院	

研修年次報告書は、研修開始から受験年の3月まで必要

- (1) 施設及び指導医の記録記載例がp9~11に記載されているので、参考にすること。
- (2) 研修を行った基幹・指定施設の施設番号、施設名、指導医名、研修開始日~終了日、研修月数を年代順に記載する。

- (3) 研修を行った補完施設の施設番号、施設名、研修開始日～終了日を記載する。補完施設が所属する施設群の基幹施設の施設番号、施設名、代表指導医名を記載する。補完施設でのすべての研修期間のうち、最大6か月を限度として記載する。

※補完施設での経験症例は、研修期間として申請した期間のみ必要研修症例あるいは症例要約に記載できる。また、その年度の補完施設の施設年次報告書が登録されていないと記載できない。

- (4) 研修開始から出願書提出までの研修休止期間をすべて記載する。研修休止期間のうち、専門医認定委員会の承認を得て研修期間として申請可能な期間がある場合には、病気療養、介護、産休育休、留学より選択のうえ、承認の連絡を受け取った年月日と承認期間を記載する。
- (5) 研修期間のまとめには、すべての研修期間を記載する。施設基準別に累積研修期間を記載し、最後に研修期間の合計を記載する。

2) 暫定指導医(要件未充足)・両方経験用

- (1) 暫定指導医(要件未充足)の場合は、施設番号、施設名、暫定指導医開始日～終了日、暫定指導医月数を年代順に記載し、暫定指導医期間及び合計年月を記載する。
- (2) 両方経験の場合は、専攻医期間は研修を行った施設番号、施設名、指導医名、研修開始日～終了日、研修月数を年代順にすべて記載する。暫定指導医期間は施設番号、施設名、暫定指導医開始日～終了日、暫定指導医月数を年代順に記載し、暫定指導医期間、専攻医期間及び合計年月を記載する。

3) 暫定指導医(要件充足)用(専攻医及び専門医の記録)

- (1) 専攻医名には6か月以上指導した専攻医名を記載する。
- (2) 専門医名には6か月以上指導した専攻医で、母体・胎児専門医資格認定試験の合格者の氏名を記載する。
- (3) 専攻医名、専門医名ともに最大3名まで記載する。

施設確認 URL: <http://www.jspnm.com/Senmoni/ShisetsuB.aspx>

指導医確認 URL: <http://www.jspnm.com/Senmoni/ShidoiB.aspx>

施設年次報告書提出状況確認 URL: <http://www.jspnm.com/Senmoni/BNenjiSumi.aspx>

3. 研修症例記録簿

同一施設で複数の専攻医が同一症例を提出する時は、受持期間が重複しないようにする。

暫定指導医(要件充足)の場合は、提出の必要はない。

※補完施設での経験症例を必要研修症例あるいは症例要約に記載する場合は、その年度の補完施設の施設年次報告書が登録されていないと記載できない。

1) 必要研修症例数

- (1) 研修期間または暫定指導医(要件未充足)期間に経験した症例を症例別に年代順に記載する。
- (2) その症例を経験した施設番号を症例毎に必ず記載する。
- (3) 同一症例にいくつかの疾患名がある場合は、入院目的に最も適した疾患分野を一つ選び記載する。

(例) 横隔膜ヘルニアの胎内診断をし、それが原因で羊水過多、切迫早産をきたした症例を、胎児異常の診断と管理(治療を含む)として記載した場合、他の疾患分野として症例の記載はできない(症例の重複はできない)。

4. 指導医による専攻医評価記録簿(専攻医のみ提出)

最後に研修した施設の指導医から評価を受ける。指導医署名は必須。

5. 専攻医による指導医評価記録簿(専攻医のみ提出)

(1) 推薦状に署名を受けた指導医について評価を行う。

(2) 「指導医名」は専攻医が記載し、指導医本人の署名は不要。

6. 研修単位となる業績一覧

学会または研究会の参加・発表記録簿に単位を記載できるのは、専攻医は研修開始日以降、暫定指導医は暫定指導医期間中に限る。また、すべて専門医認定委員会の承認が必要となる。

※第 38 回周産期学シンポジウムの参加証明は参加証と出席証明書のいずれも提出が必要。

※第 42 回周産期学シンポジウムの単位証明については、p21 参照。

研修単位となる業績の詳細は【表Ⅲ 研修単位となる業績一覧】(p8) 参照

7. 推薦状(専攻医のみ提出)

最後に研修した施設の指導医の署名を受ける。

8. 誓約書

受験者本人の署名、施設名、日付を記載する。

9. 症例要約簿

受験出願書の 1. ～8. までとは別に書類が用意されているので、あわせて作成、提出すること。

ヘッダーには受験者名ではなく必ず会員番号を記載する。

同一施設で複数の専攻医が同一症例を提出する時は、受持期間が重複しないようにする。

暫定指導医(要件充足)は、母体・胎児専門医資格認定試験に合格した専攻医の症例要約をコピーできるが、

【患者及び家族への説明】と【考察】は独自に記載する。

1) 症例要約一覧

(1) 経験した症例のうち 10 症例について作成する。また、一症例一疾患とし、症例の重複はできない。

(2) 症例要約一覧の「疾患分野」欄に記載する疾患分野は、1～7 は指定された疾患分野について記載し、8～10 は下記(1)～(7)から選択して記載する(p12～14 参照)。

※症例要約一覧の 8～10 の疾患分野と診断名は必ず記載すること。

- (1) 合併症妊娠の管理と治療
- (2) 異常妊娠の診断と治療
- (3) 胎児異常の診断と管理(治療も含む)
- (4) 異常分娩の管理と処置
- (5) 産褥異常の管理と処置
- (6) 産科感染症の管理と処置
- (7) ハイリスク妊婦・胎児に対する診断、管理、手術
 - a 28 週未満の早産の帝王切開

- b 前期破水で羊水過少となった早産の帝王切開
- c 双胎・3胎以上の帝王切開
- d 前回帝王切開に胎盤のかかるあるいは前置胎盤の帝王切開
- e 母体救命のための子宮全摘
- f 双胎間輸血症候群, 無心体, 横隔膜ヘルニア, 胎児腔水症の管理と胎児・新生児治療施設への適切な搬送時期の判断

(3) 同一症例にいくつかの疾患名がある場合は, 入院目的に最も適した疾患分野を一つ選び記載する.

(4) 診断名は記載しようとする問題点に最も関連する診断名を第一病名として記載する.

必要により第二, 第三病名を記載し, 診断名は正式名称を使用する.

略語は不可とする. (例)NRFS→胎児機能不全

2) 症例要約

症例要約は, 主に以下の5項目について審査する.

- ①症例選択の適切性 ②診断へのアプローチの方法 ③記載の簡潔明瞭性 ④倫理的観点での適切性
- ⑤治療方針の適切性

症例要約の評価基準を満たさないと判断された場合は不合格となりCBTを受験できない.

正確に要点をまとめて記載し, 指導医によるチェックを受ける. 2024年度症例要約評価基準 (<https://www.jspnm.jp/uploads/files/specialist/kijun2024.pdf>)と症例要約の記載例(p12~16)を確認し, 必ず指導医のチェックを受けること.

- (1) 症例要約は, 12ポイントを使用し, 枠内に収まるように記載する. ページの追加は不可とする.
- (2) 主訴, 現病歴, 診断までの経過, 診断後の経過(なるべく問題点別に記載), 患者及び家族への説明, 考察の順にすべての項目を必ず記載する. 患者及び家族への説明に新生児の情報も記載する.
- (3) 暫定指導医(要件充足・要件未充足)の場合は, 暫定指導医に, 両方経験の場合は記載する症例が研修期間, 暫定指導医期間のどちらの期間かを確認し, 該当するにチェックを入れる.

表 I 受験資格一覧

○:必要 ×:不要

条件	専攻医	暫定指導医		両方 経験
		(要件充足)	(要件未充足)	
1. 医師免許証(医籍)を有する	○	○	○	○
2. 基本学会である日本小児科学会, 日本産科婦人科学会のいずれかの専門医である	○	○	○	○
3. 資格認定試験を受験する時点で 3 年以上継続して日本周産期・新生児医学会会員であり, 会費を完納している	○	○	○	○
4. 認定施設において3年以上の研修を終了し, 規則付則に定める必要研修症例数を有している (必要研修症例数が不足している場合は暫定措置申請書を提出し, 専門医認定委員会の承認を得る)	○	×	×	×
5. 研修の届出を行い, 研修年次報告書を毎年提出している	○	×	×	○
6. 研修期間中に認定施設を異動した場合及び指導医が交代した場合, 変更届(様式 1-4)を提出している	○	×	×	○
7. 所定の単位を取得している (【表Ⅲ 研修単位となる業績一覧】参照)	○	○	○	○
8. 暫定指導医としての期間が 3 年以上である	×	○	○	×
9. 規則施行細則第 19 条の指導医の責務と業務を果たしている	×	○	○	○
10. 施設年次報告書を毎年提出している	×	○	○	○
11. 規則施行細則第 22 条による取消処分を受けていない	×	○	○	○
12. 暫定指導医と専攻医期間を合算して3年以上の期間を有する	×	×	×	○

4. については, 事務局に問合せる.

両方経験の場合, 5, 6 については専攻医期間, 9~11 については暫定指導医期間

表Ⅱ 出願書類分類一覧

○:提出 ×:不要

出願書類	専攻医	暫定指導医		両方 経験
		(要件充足)	(要件未充足)	
母体・胎児専門医資格認定試験受験出願書 (症例要約簿以外の原本1部提出)	○	○	○	○
施設及び指導医の記録				
1) 専攻医	○	×	×	×
2) 暫定指導医(要件未充足)・両方経験用	×	×	○	○
3) 暫定指導医(要件充足)用 専攻医及び専門医の記録	×	○	×	×
研修症例記録簿	○	×	○	○
指導医による専攻医評価記録簿	○	×	×	×
専攻医による指導医評価記録簿	○	×	×	×
研修単位となる業績一覧	○	○	○	○
推薦状	○	×	×	×
誓約書	○	○	○	○
症例要約簿(原本1部とコピー2部, 計3部の提出が必要) ※出願書類とは別に書類が用意されているので, 注意すること.	○	○	○	○
施設年次報告書提出状況のコピー(研修したすべての施設)	○	○	○	○
医師免許証(医籍)のコピー	○	○	○	○
基本学会(日本小児科学会, 日本産科婦人科学会)の 専門医認定証のコピー(有効期間内のもの) ※本会の専門医認定証のコピーは不要	○	○	○	○

表Ⅲ 研修単位となる業績一覧

○:必須 △:任意

すべて専門医認定委員会の承認が必要となる	
■研修単位となる業績一覧の出願書類	提出の有無
1)学会または研究会の参加・発表記録簿	○
2)研修単位となる学会・研究会の参加記録簿 2013年度までの参加 注1:2014年度以降は発表した場合のみ10単位	△
3)学会または研究会の参加証明	○
4)学会論文刊行記録	△
研修単位となる業績(専攻医は研修開始日以降, 暫定指導医は暫定指導医期間の以下の項目の合計が30単位以上, かつ*の合計が20単位以上)	
■単位別業績	単位
1. 筆頭著者または corresponding author として発表* 注2:査読制度のある雑誌への掲載. 投稿中の論文を単位として申請するには受理票と論文のコピーを提出	10
2. 日本周産期・新生児医学会 学術集会* 注3:参加のみ10単位. 筆頭演者としての発表があれば5単位追加	
3. 日本周産期・新生児医学会 周産期学シンポジウム* 注3:参加のみ10単位. 筆頭演者としての発表があれば5単位追加	
4. 国際学会 注4:発表した場合のみ10単位	10
5. 周産期・新生児学に関連する学会または研究会に参加して筆頭演者として発表 注5:1~8まで参加のみ5単位. 筆頭演者としての発表があれば5単位追加	5
1. 日本産科婦人科学会(地方会を含む)*	
2. 日本小児科学会(地方会を含む)*	
3. 日本小児外科学会	
4. 日本新生児成育医学会	
5. 日本新生児成育医学会教育セミナー	
6. 日本麻酔科学会	
7. 日本母体胎児医学会	
8. 日本糖尿病・妊娠学会	

【出願書類記載用参考資料】

■施設及び指導医の記録記載例

【記載上の注意】

1. 研修期間のまとめ以外は、年代順に記載する。
2. 補完施設での経験症例は、研修期間として申請した期間(最大 6 か月間)のみ必要研修症例あるいは症例要約に記載できる。また、その年度の補完施設の施設年次報告書が登録されていなければならない。
3. 海外留学の承認は原則 1 年を限度とする。ただし、周産期に関する臨床を行っていた場合は、専門医認定委員会の承認をもって 1 年以上でも可とする。

<研修記録> ※年代順に記載する

	施設区分 (施設番号)	研修施設	指導医	
2018年4月1日～ 2018年9月30日	基幹施設 (PA11111)	周産期大学病院	周産 三郎	同じ施設の研修であっても、指導医が変更となった場合は「施設・指導医変更届」の登録が必要
2018年10月1日～ 2019年3月31日	基幹施設 (PA11111)	周産期大学病院	周産 四郎	
2019年4月1日～ 2020年3月31日	補完施設 (PC33333)	第1日本病院	周産 四郎	基幹施設は周産期大学病院 補完施設の指導医は、補完施設が所属する施設群の基幹施設の代表指導医となる
2020年4月1日～ 2021年9月30日	海外留学 研修休止	海外留学 研修休止	海外留学 研修休止	海外留学(専門医認定委員会 2020年12月5日承認)
2021年10月1日～ 2023年3月31日	指定施設 (PB22222)	日本周産期病院	日本 次郎	海外留学の場合は、「研修休止届」および「研修再開始届」の登録が必要。さらに、「留学研修承認申請書」と留学期間が記載された招聘状、もしくは留学証明書を添えて事務局へ提出する。専門医認定委員会で承認されると、研修期間として申請可能となる(次ページ参照)

2. 施設及び指導医の記録

1) 専攻医用(年代順)

基幹・指定施設での研修期間

施設番号	基幹・指定施設名	指導医名	研修開始日～終了日	研修月数
(例) PA99999	〇〇病院	日本 太郎	2017.4.1～2020.3.31	36
PA11111	周産期大学病院	周産 三郎	2017.8.1～2018.9.30	6
PA11111	周産期大学病院	周産 四郎	2018.10.1～2019.3.31	6
PB22222	日本周産期病院	日本 次郎	2021.10.1～2023.3.31	18
			～	

補完施設での研修期間(研修期間として申請する場合のみ記載)

補完施設番号	補完施設名		研修開始日～終了日	
(例) PC11111	××病院		2017.4.1～2020.3.31	
補完施設が所属する施設群の基幹施設情報			上記期間のうち、研修期間として申請する期間(最大6か月)	研修月数
基幹施設番号	基幹施設名	基幹施設代表指導医名		
(例) PA99999	〇〇病院	日本 太郎	2017.4.1～2017.9.30	6
補完施設番号	補完施設名		研修開始日～終了日	
PC33333	第1日本病院		2019.4.1～2020.3.31	
補完施設が所属する施設群の基幹施設情報			上記期間のうち、研修期間として申請する期間(最大6か月)	研修月数
基幹施設番号	基幹施設名	基幹施設代表指導医名		
PA11111	周産期大学病院	周産 四郎	2019.4.1 ~ 2019.9.30	6

研修期間として申請した6か月間のみ(2019.4.1～2019.9.30)、補完施設での経験症例を記載できる
複数の補完施設で研修した場合でも、合計6か月間しか申請できない

研修休止期間・専門医認定委員会承認の研修期間

研修休止期間をすべて記入する		研修休止期間のうち、専門医認定委員会の承認を得て、研修期間として申請可能な場合のみ記載 (承認されていない場合は記載できない)		
研修休止期間		該当するものに○	承認年月日	承認期間
1	西暦 2020年4月1日～2021年9月30日	病気療養・介護・産休育休・ <u>留学</u>	2021年12月5日	2020年4月1日～2021年3月31日
2	西暦 年 月 日～年 月 日	病気療養・介護・産休育休・留学	年 月 日	年 月 日 年 月 日
3	西暦 年 月 日～年 月 日	病気療養・介護・産休育休・留学	年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
4	西暦 年 月 日～年 月 日	病気療養・介護・産休育休・留学	年 月 日	年 月 日～ 年 月 日

専門医認定委員会承認との連絡を受け取った年月日を記載する

研修期間まとめ

(施設基準) (累積研修期間)
基幹施設 1 年 0 か月

指定施設 1 年 6 か月

補完施設 (最大6か月) 6 か月

(専門医認定委員会承認の研修期間:該当するものに○を付ける)

病気療養・介護・産休育休・留学 1 年 0 か月

研修期間合計 4 年 0 か月

■必要研修症例数の詳細

1) 合併症妊娠の管理と治療(20 例以上)

- a. 婦人科疾患(子宮筋腫, 卵巣腫瘍, 子宮頸癌など)
- b. 心・血管系疾患(心疾患, 高血圧, 脳出血, 脳梗塞, 深部静脈血栓症など)
- c. 血液疾患(特発性血小板減少性紫斑病, 白血病など)
- d. 泌尿器疾患(慢性腎炎, ネフローゼなど)
- e. 肝疾患(妊娠黄疸, 急性脂肪肝, ウイルス性肝炎)
- f. 呼吸器疾患(肺血栓塞栓症, 肺結核など)
- g. 内分泌・代謝疾患(糖尿病, 甲状腺機能亢進・低下症など)
- h. 自己免疫疾患(全身性エリテマトーデスなど)
- i. 感染症(産科感染症を除く)
- j. 消化器疾患(虫垂炎, イレウスなど)
- k. 精神・神経疾患(統合失調症, てんかん, 躁鬱病, パニック症候群など)
- l. その他の疾患

2) 異常妊娠の診断と治療(20 例以上)

- a. 重症妊娠悪阻
- b. 切迫流産・流産(妊娠 12 週以降)
- c. 胞状奇胎の管理
- d. 異所性妊娠(頸管妊娠, 帝王切開瘢痕部妊娠を含む)
- e. 切迫早産, 早産, 前期破水(妊娠 28 週未満)
- f. 妊娠高血圧症候群(子癇発作)
- g. 常位胎盤早期剥離
- h. 前置胎盤, 低置胎盤
- i. 羊水量の異常
- j. 多胎妊娠
- k. 血液型不適合妊娠
- l. 過期産
- m. 血栓症(肺血栓塞栓症, 深部静脈血栓症など)
- n. 妊娠中の多臓器不全(急性脂肪肝, 妊娠高血圧症候群)

3) 胎児異常の診断と管理(治療も含む)(5 例以上)

- a. 染色体異常
- b. 胎児発育不全
- c. 形態異常
- d. 胎児水腫
- e. 子宮内胎児死亡
- f. 双胎間輸血症候群
- g. 無心体

4) 異常分娩の管理と処置 (20 例以上)

- a. 微弱陣痛と過強陣痛, 陣痛誘発と促進
- b. 児頭骨盤不均衡の判定と試験分娩
- c. 産道異常(狭骨盤, 軟産道強靱, 頸管熟化不全)
- d. 胎勢の異常, 回旋の異常, 侵入の異常
- e. 胎位の異常
- f. 多胎分娩
- g. 遷延分娩, 分娩停止
- h. 前期破水(妊娠 28 週未満)
- i. 子宮破裂
- j. 子宮内反症
- k. 頸管裂傷, 膣・会陰裂傷(直腸損傷を含む)
- l. 産道血腫
- m. 恥骨結合離開
- n. 胎児機能不全
- o. 臍帯の異常(下垂・脱出, その他)
- p. 胎盤の異常(癒着胎盤, 胎盤梗塞, 前置胎盤)
- q. 分娩時大量出血(前置胎盤, 癒着胎盤, 弛緩出血, その他), 播種性血管内凝固症候群
- r. 産科ショック(出血性ショック, 播種性血管内凝固症候群, 羊水塞栓, toxic shock syndrome)
- s. 自己血輸血の計画と実施, 緊急輸血への対応

5) 産褥異常の管理と処置 (10 例以上)

- a. 子宮復古不全
- b. 産褥期出血
- c. 産褥熱
- d. 静脈血栓症
- e. 肺塞栓
- f. 乳汁分泌不全
- g. 乳腺炎
- h. 産褥精神障害

6) 産科感染症の管理と処置(10 例以上)

- a. 子宮内感染症(絨毛膜羊膜炎, 産褥子宮内感染, 産褥熱)
- b. 母子感染症(TORCH 症候群, HIV, HTLV-I, ウイルス性肝炎など)

7) ハイリスク妊婦・胎児に対する診断, 管理, 手術(5 例以上)

- a. 28 週未満の早産の帝王切開
- b. 前期破水で羊水過少となった早産の帝王切開
- c. 双胎・3 胎以上の帝王切開
- d. 前回帝王切開に胎盤のかかるあるいは前置胎盤の帝王切開
- e. 母体救命のための子宮全摘
- f. 双胎間輸血症候群, 無心体, 横隔膜ヘルニア, 胎児腔水症の管理と胎児・新生児治療施設への適切な搬送時期の判断

8) 産科麻酔(無痛分娩を含む)(10 例以上)

9) 新生児の管理と処置(50 例以上)

- a. 健常新生児の一般管理
- b. 病的新生児の診断と初期管理
- c. 病的新生児の搬送
- d. 新生児に対する薬物治療

■症例要約記入例 望ましい例 1

症例番号 2: 異常妊娠の診断と治療		施設番号	P〇〇〇〇〇〇
診断時(入院時)年齢	00 歳	受持期間	0000 年0 月~0000 年 00 月
妊娠(在胎)週日 (診断時または入院時)	28 週 6 日	妊娠・分娩回数	2 妊 0 産(自然流産 1 回)
診断名(3 行以内)	全前置胎盤 切迫早産		
転帰(2 行以内) (退院時の母体・胎児または新生児の状態)	母体: 軽度貧血のみで退院 新生児: 日齢 10 日で退院		
既往歴(3 行以内)	30 歳 潜在性甲状腺機能低下症		
<p>【主訴】: 性器出血</p> <p>【現病歴】: 体外受精で妊娠し, 前医で妊娠 20 週より前置胎盤の指摘があった。妊娠 28 週 6 日に性器出血を認めたため当院へ母体搬送となった。</p> <p>【診断までの経過】: 来院時身体所見: 血圧 129/81mmHg, 脈拍数 82 回/分, 体温 36.4℃, 膣鏡診では暗赤色の出血が継続していた。経膣超音波断層法検査: 子宮頸管長は 29mm, 胎盤は後壁付着で内子宮口を 30mm 覆っていた。経腹超音波断層法検査: 胎位は頭位, 推定胎児体重 1,229g(-0.4SD), 最大羊水深度 6.26cm, 胎児形態は異常を認めなかった。また胎盤中の血液間隙(Lacuna)は目立たず, 胎盤後壁の低エコー帯消失(Loss of retro-placental space)の所見を認めなかった。胎児心拍数陣痛図では, 不規則な子宮収縮を認めた。以上より全前置胎盤, 警告出血, 切迫早産と診断し, 入院管理を行った。</p> <p>【診断後の経過(なるべく問題点別に記載)】: 全前置胎盤: 定期的に診察を行ったが, 胎盤は内子宮口を 20mm 以上覆い全前置胎盤の診断は変わらなかった。妊娠 29 週時に行った胎盤の MRI 検査では内部の不均一な信号や T2 dark band は認めず, 超音波検査所見と合わせて癒着胎盤の可能性は低いと判断した。妊娠 32 週より自己血貯血を開始し 1,200mL の貯血を行った。 切迫早産: 来院後出血が継続したため, ベタメタゾン 12 mg を 2 日間筋肉内投与した。前医より, リトドリン塩酸塩 66 μg/分で投与されていたため継続したが, 性器出血や子宮収縮が軽快したため妊娠 29 週 3 日に投与を中止した。 全前置胎盤に対し妊娠 37 週 0 日で選択的帝王切開術を施行した。術中所見では明らかな癒着胎盤は認めなかった。分娩時出血は 2,080 g(羊水込み)で, 自己血を 400mL 返血した。術後 1 日目の血液検査で Hb 9.0 g/dL と貧血を認め, フマル酸第一鉄 100 mg の内服を開始した。術後経過は良好で術後 7 日目に退院となった。児は 2,619 g の男児で Apgar スコア 1 分 8 点, 5 分 9 点, 臍帯動脈血液ガス pH 7.318, 新生児一過性多呼吸を認めたため NICU 管理となった。</p> <p>【患者及び家族への説明】: 全前置胎盤の警告出血のため早産になる可能性や, 画像上癒着胎盤の可能性は低いが, 帝王切開時に大量出血で輸血や子宮摘出の可能性を説明した。</p> <p>【考察】: 結果的に正期産まで妊娠継続したため, ベタメタゾンの投与は不要であった可能性はあるが, 警告出血例の 47%は 4 週間以内に分娩になると報告されており, やむを得ない判断と考えられる。切迫早産に対する子宮収縮抑制薬の維持療法は海外で否定されており, 本例でも症状が軽快した時点で中止とした。また癒着胎盤の正確な術前診断は難しいが, 画像所見と結果は合致した。</p>			
<input type="checkbox"/> 暫定指導医		<input type="checkbox"/> 両方経験 <input type="checkbox"/> 研修期間 <input type="checkbox"/> 暫定指導医期間	

■症例要約記入例 望ましい例 2

症例番号 1:合併症妊娠の管理と治療		施設番号	P〇〇〇〇〇
診断時(入院時)年齢	30 歳	受持期間	0000 年 00 月～0000 年 00 月
妊娠(在胎)週日 (診断時または入院時)	20 週 4 日	妊娠・分娩 回数	1 妊 0 産
診断名(3行以内)	子宮頸癌合併妊娠		
転帰(2行以内) (退院時の母体・胎児または新生児の状態)	母体;術後化学療法を予定し退院 新生児:早産低出生体重児,良好な状態で退院		
既往歴(3行以内)	特記事項なし		
<p>【主訴】: 子宮頸部細胞診異常指摘</p> <p>【現病歴】: 月経周期は 28 から 30 日で整であり,不正出血は認めなかった. 自然妊娠が成立し,近医のクリニックで実施された子宮頸部細胞診が上皮内病変(High Grade Squamous Intraepithelial Lesion; HSIL)であったため総合病院へ紹介された.</p> <p>【診断までの経過】: B 総合病院での子宮頸部組織診で子宮頸部上皮内癌か浸潤癌であると診断された. 治療方針相談のため, C 大学病院へ妊娠 10 週に紹介受診となった. 約 5cm 大の子宮頸部腫瘍を認め, 子宮頸癌(扁平上皮癌) II A1 期と診断された.</p> <p>【診断後の経過(なるべく問題点別に記載)】: C 大学病院は遠方であるため当院に紹介となった. 本人が治療に対する抵抗感が強く躊躇したため妊娠 20 週 4 日に受診した. 本人と家族の妊娠継続への強い希望があったため妊娠継続を検討し, 小児科と産婦人科でカンファレンスを行った. その結果, 妊娠 30 週頃までの妊娠期間延長を目指して triweekly タキソール・カルボプラチン(TC)療法を行う方針とした. 妊娠中の抗癌薬投与については, 副作用等の可能性を説明し, 本人と家族の同意を得た. 妊娠 23 週, 妊娠 26 週に抗癌薬の投与を行い, 腫瘍サイズは 75%へ縮小と partial response の状態であった. 妊娠 31 週 5 日に帝王切開および広汎子宮全摘術, 両側卵巢移動術を行った. 術中出血は 1,300g で, 赤血球輸血を 4 単位行った. 術後経過は良好で術後 14 日に退院となった. 病理組織診断で扁平上皮癌であり脈管侵襲がみられたため術後化学療法として TC 療法を 3 コース行うことを決定し, 近医 D 病院へ紹介した.</p> <p>児は出生体重が 1,835g, 女児, 臍帯動脈 pH 7.301, Apgar スコア 1 分値 5 点, 5 分値 2 点で気管挿管および胸骨圧迫を行った. 呼吸窮迫症候群のため人工サーファクタントを投与した. その後の経過は良好で日齢 3 で抜管した. 明らかな神経学的後遺症や網膜症の発症はなく, 順調に体重増加し, 日齢 53 で退院となった.</p> <p>【患者及び家族への説明】: 妊娠期間を延長させれば児の予後が改善することが期待できるが, 子宮頸癌の進行が危惧される. 化学療法を行って効果が得られれば癌の進展を抑えながら妊娠期間を延長させることが可能である. しかし, 化学療法の副作用として, 胎児発育不全, 骨髄抑制, 脱毛, 感音性難聴が起きる可能性があり, 胎児の発育をよく観察するとともに出生後の小児科での検査・治療を行う.</p> <p>【考察】: 在胎期間の延長と腫瘍の進展とのバランスを考慮して治療期間を検討することが必要であった. また, 本人と家族の挙児希望が強く, 抗癌薬が胎児に与える影響を恐れる気持ちが強かったが, 適切な情報提供により不安を軽減し治療を行うことが出来た.</p>			
<input type="checkbox"/> 暫定指導医	<input type="checkbox"/> 両方経験	<input type="checkbox"/> 研修期間	<input type="checkbox"/> 暫定指導医期間

■症例要約記入例 望ましくない例 1 ※は修正が必要な部分. 理由は欄外に記載

症例番号 2: 異常妊娠の診断と治療	施設番号	P〇〇〇〇〇〇	
診断時(入院時)年齢	29 歳	受持期間	2018 年 8 月～2019 年 12 月※1
妊娠(在胎)週日 (診断時または入院時)	24 週 0 日	妊娠・分娩 回数	0 妊 0 産※2
診断名 (3 行以内)	HDP※3,4 FGR※3,4		
転帰(2 行以内) (退院時の母体・胎児または新生児の状態)	母体: 降圧薬内服で退院 新生児: 日齢 10 敗血症性ショックで新生児死亡		
既往歴(3 行以内)	特記事項なし※5		
<p>【主訴】: HDP※4,6</p> <p>【現病歴】: 妊娠前から会社の健康診断で血圧が高めであることを指摘されていた。自然妊娠後、前医で妊婦健康診査を受けていた。妊娠 16 週から血圧が上昇したが経過観察となり、妊娠 20 週では血圧 132/94mmHg、尿蛋白 2+だったにも関わらず帰されていた。※7 妊娠 24 週 0 日に血圧が重症域となったため、当院へ母搬※8された。</p> <p>【診断までの経過】※9: 血圧 170/110※10 体重 63.5kg(非妊時体重 56kg)、下腿浮腫を認めた。 母体のクレアチニンクリアランス 114※11、1 日尿蛋白量 0.22g で腎機能は保たれていたが、血圧が重症域だったため、アルドメット※12 2,000mg/day の内服を行った。胎児超音波検査では、推定胎児体重 300g(-3.8SD)、Symmetrical FGR で、臍帯動脈拡張期血流は途絶、静脈管血流は正常、房室弁逆流なし、大動脈狭部の血流は逆流。Tei-index は左右とも 0.5 であった。羊水量は保たれており、BPS※4 で 10/10 と well-being も保たれていると診断した。</p> <p>【診断後の経過(なるべく問題点別に記載)】※13: 早期の娩出が考えられるためリンデロン※12 12mg 筋注※8 2 回(1クール)投与を行った。降圧薬で母体の収縮期血圧は 130～140mmHg に改善したが、NST※4 で胎児心拍の variability が減少。超音波検査では well-being に問題が生じていなかったが、降圧による胎盤血流量減少が原因と考え、降圧薬を中止。翌日の母体収縮期血圧が 180～190mmHg まで悪化したため、妊娠 24 週 5 日に eC/S※14 による分娩の方針とした。児は 330g、女児、挿管※15され NICU に入室となった。母体経過は順調で降圧薬内服で退院となった。児は日齢 10 日に敗血症性ショックで死亡した。</p> <p>【患者及び家族への説明】※16: 妊娠高血圧症候群重症のために母児にとって危険な状態であること、そのため早期に分娩することにより母体の状態の改善を図りたいが、早産や未熟児で生まれるリスクが生じる。妊娠 24 週に 300g 台で生まれた児は死亡や発達障害のリスクも生じると本人とご家族※17 に説明を行った。</p> <p>【考察】: 妊娠高血圧症候群重症、子宮内胎児発育遅延を管理した症例であった。血圧コントロール不良のため娩出となったが、残念ながら新生児死亡となった。</p>			
<input type="checkbox"/> 暫定指導医	<input type="checkbox"/> 両方経験	<input type="checkbox"/> 研修期間	<input type="checkbox"/> 暫定指導医期間

※1 研修期間中に担当した症例であること。

※2 今回の妊娠を含めて記載する。

※3 診断名に略語を使用しない。

※4 用語は最新の医学用語辞典、日本産科婦人科学会産科婦人科用語集、日本小児科学会小児科用語集、最新のガイドラインなどに準拠した用語で記載する。外国語は極力避け、その使用は適切な日本語がない場合に限る。また略語の初回使用時は、省略しない語を記載し、括弧内に略語を示すこと。

※5 全ての症例に画一的に「特記事項なし」と記載するのは望ましくない。

※6 主訴として相応しい用語で記載する。

※7 批判的な記載はするべきではない。

※8 日本語の略語を用いない。

- ※9 【診断までの経過】は時系列にまとめ、簡潔明瞭に記載する。
- ※10 バイタルサインの記載に単位を忘れない。
- ※11 検査値は、「一般に単位の記載を省略することが広く認められているもの」以外は単位を附記する。具体的には白血球数、赤血球数などは単位記載の省略が医師国家試験においても認められている。なお、スペースも限られているため、正常範囲の記載は必須ではない。
- ※12 薬品や医療機器、医療材料の名称は商品名ではなく一般名を記載する。
- ※13 【診断後の経過】は問題点別にまとめ、簡潔明瞭に記載する。
- ※14 一部の施設でのみ使用している特殊な用語を使用しない。
- ※15 気管挿管と記載する。
- ※16 この項目のみ、フォントサイズや字体が異なる。
- ※17 症例要約に敬語は相応しくない。

■症例要約記入例 望ましくない例 2

症例番号 1:合併症妊娠の管理と治療		施設番号	PA〇〇〇〇〇〇※1
診断時(入院時)年齢	35歳	受持期間	年 月～ 年 月※1
妊娠(在胎)週日 (診断時または入院時)	33週 4日	妊娠・分娩回数	3妊 0産
診断名(3行以内)	子宮筋腫合併妊娠 胎児発育不全 切迫早産		
転帰(2行以内) (退院時の母体・胎児または新生児の状態)	母体;術後7日目に軽快退院 新生児:一過性多呼吸のため酸素投与したが,日齢10に退院		
既往歴(3行以内)	特記事項なし		
<p>【主訴】: 子宮筋腫合併妊娠</p> <p>【現病歴】:前医にて体外受精で妊娠成立. 以前より 10cm 大の子宮筋腫を指摘されていた. 22 週に胎児発育不全を認め, 精査目的で 28 週 6 日に紹介初診となった.</p> <p>【診断までの経過】:28 週 6 日での当院での診察では, 子宮下部前壁に 10cm 大の子宮筋腫を認めた. また胎児推定体重は 954g (-2.1SD)であった. 産道通過障害の有無を調べる目的で 31 週 1 日に胎児 MRI を施行, 子宮下部前壁下方に 12*10*11cm 大の筋腫を認め, 筋腫が児頭に洗身※2している所見であった. 胎児発育不全の増悪と子宮頸管長の短縮を認めたため, 33 週 3 日※3より入院管理を行った.</p> <p>【診断後の経過(なるべく問題点別に記載)】: # 子宮筋腫合併妊娠 母体 MRI の結果から経膈分娩は困難と判断し, インフォームドコンセントを得て, 選択的帝王切開予定とした. 周術期の出血に備えて, 自己血貯血(300mL)を行った. 36 週 6 日に選択的帝王切開を施行した. 術中出血は 1,028g(羊水込み)で, 自己血 300mL を返血した. 弛緩出血の所見はなく, 術後 1 日目の採血で Hb 11.2g/dL と貧血は認めなかった. 術後感染のリスクを鑑みて, 術後 3 日目までセファリンナトリウム点滴を行った. 術後経過は良好で, 術後 7 日目に退院となった. 時は※4 2,132g の女児で Apgar スコア 1 分 8 点, 5 分 8 点, 臍帯動脈 pH 7.302 であった.</p> <p>【患者及び家族への説明】:筋腫が児頭よりも大きく, また先進しており, 児が産道を通することが困難であるため, 分娩時は帝王切開が安全でしょう. 手術時は筋腫より出血増加や弛緩出血の可能性があるのであるため, あらかじめ自己血を貯血することを推奨した.</p> <p>【考察】:子宮筋腫合併妊娠の問題点として, 切迫流早産, 胎児発育不全, 前期破水, 常位胎盤早期剥離などが挙げられる. 本症例でも切迫早産および胎児発育不全を認め, 子宮筋腫が一因だったと考えられる. 手術時は筋腫周辺組織からの出血があり, 術中出血はやや多かったが, 弛緩出血はなく, 自己血返血のみで対応できた.</p>			
<input type="checkbox"/> 暫定指導医	<input type="checkbox"/> 両方経験	<input type="checkbox"/> 研修期間	<input type="checkbox"/> 暫定指導医期間

※1 研修期間中に担当した症例であること.

※2 誤字である. 正しくは先進.

※3 妊娠(在胎)週日では 33 週 4 日となっている.

※4 誤字である. 正しくは児.

■学会または研究会の参加証明記入例

【記載上の注意】

- 参加証の発行がない学会または研究会の場合、または参加証を紛失した場合、専攻医は、開催年月日、学会または研究会の名称、単位を記載し、指導医の署名を得る。暫定指導医(要件充足・未充足)と両方経験の場合は、上席者の署名を得る。スペースが足りない場合は、コピーして使用する。発表した場合は、抄録のコピーを添付する。参加証は、A4 サイズのものは本紙の後ろに添え、ネームホルダー等の小さいサイズのものは本紙に貼付すること。
 - 母体・胎児領域の出願者は、日本産科婦人科学会会員ポータル「学術集会参加」ページのコピーでも可。その場合は単位として申請する学会等にマーカーで印をつけること。
- ※第 38 回周産期学シンポジウムの参加証明は参加証と出席証明書のいずれも提出が必要。第 42 回周産期学シンポジウムの単位証明は要領の p21 参照。
- 論文は単位が不足している場合のみ添付。
 - 極力、必要単位以上の書類は添付しない。

参加日 (西暦)	学会または研究会の名称 (参加証等証明貼付)	必須単位	その他の 単位
2017.7.15	第〇〇回 日本周産期・新生児医学会学術集会 第〇〇回 日本周産期・新生児医学会 学術集会 10 単位	参加 10 発表 5	
2018.7.20	第××回 日本周産期・新生児医学会学術集会 第××回 日本周産期・新生児医学会 学術集会 所属 〇〇〇病院 氏名 周産期 花子	参加 10	
2019.7.19	第〇×回 日本周産期・新生児医学会学術集会	参加 10 発表 5	
2018.8.10	第〇〇回 日本小児科学会 学術集会 第〇〇回 日本小児科学会 学術集会	参加 5	
2019.8.6	第〇〇回 〇〇〇研究会 第〇〇回 〇〇〇研究会 (神戸) 2 単位		2
2020.5.9	日本小児科学会 地方会 第〇〇回 日本小児科学会 地方会 参加証明書		
2018.4.2	第〇〇回 日本新生児成育学会 学術集会 日本 一郎		5

発表した場合は抄録
のコピーを添付する

参加証がない場合はネーム
プレートのコピーでも可

参加証がない場合でも
参加、発表していれば
抄録のコピーでも可

専攻医の場合：参加証、ネームプレ
ートがない場合は指導医の署
名が必要（発表の場合は抄録のコ
ピーでも可）。参加章、ネームプレ
ートがない場合は、それぞれに指
導医署名が必要

指導医と両方経験の場合：暫定指
導医期間中の参加証、ネームプレ
ートがない場合は上席者の署名
が必要（発表の場合は抄録のコ
ピーでも可）。参加証、ネームプレ
ートがない場合は、それぞれに上
席者の署名が必要

第 42 回 周産期学シンポジウムの単位証明について

●現地参加のみの場合

日本周産期・新生児医学会
第42回周産期学シンポジウム
周産期の栄養と代謝を考える
2024.1/26(金)~27(土)

所属 **所属先名称**

氏名 **お名前**

No. 1000

参加証明書

日本周産期・新生児医学会
第42回周産期学シンポジウムに
参加したことを証明いたします。

会期:2024年1月26日(金)~27日(土)

日本周産期・新生児医学会
第42回周産期学シンポジウム
大会長 増本 幸二

No. 1000

所属先・お名前の記載された部分 と
大会長の印がある部分 をひとつにして切り取り

↓

出願書類/更新書類内の参加証明部分へ
←切り取った参加証の貼り付け

●web 参加のみ または 現地+web 参加の場合

No. 1000

学会参加証明書

お名前 殿
所属先

貴殿が、下記に参加したことを証明します。

記

学会名: 日本周産期・新生児医学会 第42回周産期学シンポジウム
会場開催日: 2024年1月26日(金)~27日(土)
Web開催日: 2024年2月2日(金)~3月2日(土)
母体・胎児専門医または新生児専門医 受験用参加単位: 10単位
発表の場合、筆頭のみ5単位追加

日本周産期・新生児医学会 第42回周産期学シンポジウム 会長
(筑波大学医学医療系小児科)

会場開催日: 2024年1月26日(金)~27日(土)
Web開催日: 2024年2月2日(金)~3月2日(土)
母体・胎児専門医または新生児専門医 受験用参加単位: 10単位
発表の場合、筆頭のみ5単位追加

日本周産期・新生児医学会 第42回周産期学シンポジウム 会長

会場開催日: 2024年1月26日(金)~27日(土)
Web開催日: 2024年2月2日(金)~3月2日(土)
母体・胎児専門医または新生児専門医 更新用参加単位: 10単位
発表の場合、筆頭のみ5単位追加

日本周産期・新生児医学会 第42回周産期学シンポジウム 会長

会場開催日: 2024年1月26日(金)~27日(土)
Web開催日: 2024年2月2日(金)~3月2日(土)
認定外科医 申請用・更新申請用共通単位: 10単位
発表の場合、筆頭のみ5単位追加

日本周産期・新生児医学会 第42回周産期学シンポジウム 会長

お名前・所属先の記載された
学会参加証明証(A4 サイズ)の印刷

↓

出願書類/更新書類の参加証明欄へ
タイトルの記載と
←A4 の証明書を別紙として添える

【その他参考資料】

1. 会員登録の変更_マイページからの変更手順①



施設の異動やメールアドレスの登録を変更する場合に使用する

① 会員番号・パスワード(変更していない場合は生年月日を 8 桁)でログイン

② 「登録情報の確認・変更」から変更できる

※会員登録の変更からも可能

※E-mail は問合せ等に使用するので、必ず使用できる E-mail を登録する

2. 会員登録の変更_マイページからの変更手順②

こんにちは、
周産 太郎 先生

パスワード変更 | ログアウト

マイページ
会員専用情報
会員登録の変更
専門医制度(わか化登録)
議事録・報告
周産期学シンポジウム
インターネット試験
学会誌(電子投稿)・刊利物
メール配信サービス

登録手順はこちら

大規模災害対策
情報システム
会員専用

■ 周産 太郎 先生のマイページ

● 事務局からのお知らせ

2023/10/20 各種、登録情報の変更や、研修に関する届出はスマートフォン・タブレットでの画面遷移に対応していません。パソコンでの操作をお試しいただきますようお願いいたします。

2023/04/26 研修開始届 を登録の際は必ずご一読ください

2022/03/18 周産期専門医研修中の方へ オンライン登録方法について

2022/03/17 退会ボタンを押しても反応しない場合、下記の「ポップアップブロック解除方法について」をご覧ください

2021/03/29 マイページのご案内 会員の方から寄せられるご質問を基に、マイページのご案内をまとめました

2020/09/25 画面が遷移しない場合、こちらをご確認ください。ポップアップブロックの解除方法について

2017/04/18 マイページを開設いたしました

最新の状態に更新する

■ 個人情報

会員番号	入会年月日	会員の種類	専門領域
7854321	2017/04/01	会員	産婦人科
送付先	勤務先		
勤務先	勤務先		

※退会届登録日に日付が入力されている場合、退会手続きは済んでいます。
※生年月日未登録の場合は「1900/01/01」と表示しています。「登録情報の確認・変更」から生年月日を登録してください

登録情報の確認・変更 退会

勤務先等の変更を行うことができる

中略

■ 専門医関連

研修開始認定日	研修番号	現況	専門医認定最終更新日	専門医登録番号	初回専門医取得日
2021/04/0	A00000	研修中			

※現況が研修中(見込)の場合は、研修開始認定日から1年以内に、基本学会の専門医認定証のコピーを事務局までお送りください

研修番号はここで確認できる

中略

届出はその日を迎えてからの登録をお願いします

<申請記録> 開始届 変更届 休止・中止届

申請日	申請書類	施設名	研修開始日	研修終了日
2022/06/15	変更届	JA北海道厚生連 札幌厚生病院	2022/04/01	
2022/06/15	変更届	JA北海道厚生連 札幌厚生病院		2022/03/31
2021/10/15	変更届	JA北海道厚生連 札幌厚生病院	2021/10/01	
2021/10/15	変更届	市立札幌病院		2021/09/30
2021/04/15	開始届	市立札幌病院	2021/04/01	

<研修年次報告書提出記録> 追加登録

「変更届」研修施設・指導医の変更
「休止・中止届」研修休止期間の登録
「再開届」研修再開の登録

研修年次報告書の登録はこちら

3. 必要書類の掲載箇所

1. 研修に必要な書類:施設・指導医変更届や研修年次報告書のオンライン登録等を掲載
https://www.jspnm.jp/modules/specialist/index.php?content_id=14#anchor1
2. 専門医試験に必要な書類:試験受験要領、出願書、症例要約簿掲載
https://www.jspnm.jp/modules/specialist/index.php?content_id14#anchor4

4. 施設年次報告書提出状況確認画面

<https://www.jspnm.com/Senmoni/BNenjiSumi.aspx>

- ・ 通常、母体・胎児施設の認定開始は2006年4月1日からです
- ・ 施設基準変更及び途中申請の施設においては、申請された年度からのご提出となります

● 施設番号を選択してください

施設番号(名):

施設番号(名)をクリック

提出されている年度
2022
2021
2020
2019
2018
2017
2016
2014
2013
2011
2010

この画面を印刷し出願書類と一緒に事務局へ郵送

オンライン登録受け付けから、上記年度に反映されるまで3日前後を要します。

提出されていない年度がある場合は、専攻医が受験資格が得られないので、代表指導医に登録を依頼する。
補完施設での経験症例を必要研修症例あるいは症例要約に記載する場合は、その年度の補完施設の施設年次報告書が登録されていないため、補完施設の施設責任者等に登録依頼する。