

病歴要約を作成する上でのチェックポイント

◆記述様式◆

- ・ POS (Problem Oriented System) 方式の病歴要約を作成する。
- ・ J-OSLER 上ではそれぞれの記載項目に入力文字数の上限があるが、病歴要約全体の記載は印刷（もしくは PDF）で打ち出したときに、A4、2 枚（もしくは A3、1 枚）を越えないようにすること。（但し画像データは印刷の仕様上、除くものとする）

◆タイトル◆

その内容を端的に表したタイトルを記載する。

※例： るいそうと発作性の股関節痛から想起できた閉鎖孔ヘルニアの一例

◆患者情報（ID、年齢、性別）、提出分野名、医療機関名、入・退院日、受持期間、転帰、フォローアップを記載する◆

※患者を特定できるような氏名、イニシアル、生年月日、居住地は記載しない。

※患者 ID は照合のため施設の ID とするが、施設で責任をもって管理する限りにおいては連結可能な独自の ID を用いても構わない。

◆確定診断名◆

- ・ 略語は用いない。
- ・ 入院中（あるいは外来通院中）の重症度・重要性に従い、主病名を 1 に記載する。
- ・ 2 以下に副病名、合併症を主要なものに限り記載する。

◆病歴◆

- ・ 主病名について記載する。
- ・ その他の主・副病名や合併症などすべての病気の経緯も簡潔に言及する。
- ・ 既往歴、家族歴、生活歴等は全てを記載する必要はない。
- ・ プロフィールや職業が重要な場合は記載する。

※患者個人情報に繋がる紹介元（先）病院（医師）名の記載は避けてください。（「近医」などと記載すること）

◆入院時現症（外来診察時現症）◆

不必要なものは減らして、要領よくまとめる。

◆検査所見◆

ルーチンの記載についてはすべてを羅列する必要はない。(一般には肝機能正常という表現でも良い)。しかし、その疾患で異常になり得るデータ、注目すべき正常値、特殊検査は然るべく記載する。(例えば LD 等が重視される血液疾患等ではその検査値を記載する)。
※一般的な略語は使用してよい。

◆画像診断◆

経過図、検査等一覧表は必要に応じて挿入してよいが、それが症例の理解に役立ち、明瞭に読み取れるものに限る。

◆プロブレムリスト◆

プロブレムリストに挙げられるプロブレムとは、診断名だけではなく患者を診察していく上で問題となる項目のリストである。従って、初診時に得られる、医療面接での問題点、臨床症状、診察所見、検査値の異常などからリストアップされるべきものである。
※予め診断がついている項目(病名)も主病名として取り扱った疾患と関連のある場合はプロブレムとして挙げても良い。

◆入院後経過(外来診療中の経過)と考察◆

特殊検査等を含む診断とその根拠、治療とそのエビデンスおよび転帰について記載する。考察はプロブレムごとに診断および治療法選択における過程を簡潔に記載する。

※ただし【入院後経過】と【考察】はそれぞれをプロブレム、病名毎に独立して記載するか、あるいは併せて記載するいずれの様式も認める。

※ 外科紹介症例については手術所見を含めて考察すること。また、剖検症例については剖検所見を含めて考察すること。

◆文献◆

EBM を重視し、症例に適した原著論文、ガイドライン、レビューなどを引用し、必ず文中に記載する。

※全国の図書館で閲覧できるような公的機関の医学雑誌ないしは学術図書に掲載されたものからの引用に限る。

引用形式：(Abe S. JAMA 1997 ; 278 : 485) (工藤翔二. 日内会誌 2006 ; 95 : 564)

※web 媒体からの引用について：「Up To Date」等、医療情報源や各学会、厚生科学研究班等から出されたガイドライン等、出典がオーソライズされたものとする。

引用形式：例(●●学会編：●●ガイドライン。●●学会 HP)

◆退院時処方（最終診察時の処方）◆

薬剤名は一般名で記載する。なお、一般名の後に括弧書きで商品名を記載してもよい。

◆総合考察◆

主病名を中心にその重症度、副病名との関連について言及し、診断および治療法選択における妥当性を簡潔に記載する。さらに患者を全人的に捉えた『総合考察』を必ず記載する。ここではプロブレム間の考察や社会的・心理的側面についても言及されていることが望ましい。

※総合考察では、単に症例の感想を述べるのではなく、症例を客観的に評価することができるかどうか評価される。

評価項目

1. 基本的記載

◆病歴要約の記述が本作成の手引きに従っているか。（項目は脱落していないか）

※記述項目や記述順、あるいは参考文献の引用、さらには略号の使用などには「病歴要約 作成の手引き」に示されているように一定の取り決めがあります。これらに逸脱する場合も減点対象となります。

◆記載に際して、誤字・脱字、検査データ等の転記ミス、単位の間違い、文章表現の誤りなどはないか。

※文字の誤変換、誤字・脱字、スペルミスなどのケアレスミスは第三者に評価を受けようとする受験者の姿勢としても問題であり、減点対象になります。

◆医学的不整合性、基本的誤りまたは不備などはないか。

◆患者個人情報（氏名・生年月日・住所・連絡先等）や紹介元（先）病院（医師）名を消去しているか。（不適切な箇所が見つかった場合は Revision（要修正））

◆病歴要約の記載内容が PDF 版の A4 で 2 ページ（A3 判 1 ページ）に収まり、かつ紙面（PDF 版）の 80%以上を埋められているか。（但し画像データは印刷の仕様上、紙面の分量から除くものとする）

2. 症例選択の適切さ

◆提出分野の主病名であるか。（副傷病名は認めない）

3. 診断プロセスは適切か

◆現病歴に関する聴取は陰性所見も含めて十分記載されているか。

◆経過、身体診察の記載は十分であるか。

◆診断に必要な検査の記載は十分であるか。

- ◆診断に必要な画像所見の記載は十分であるか.
- ◆鑑別診断については十分記載されているか.
- ◆診断名が適切であるか. (十分な科学的根拠が提示されて、それに基づいた適切な診断 病名が記載されているか)

4. 治療法は適切か

- ◆治療薬は一般名で記載しているか. (商品名のみの記載は認めない)
- ◆診断名に対して適切な治療法であるか.
- ◆入院後の経過 (外来症例の場合は、外来受診毎の経過) が正しく記載されているか.
- ◆主病名の治療について記載が十分であるか.
- ◆全体的な流れとして妥当な治療か.

5. 十分に考察されているか

- ◆EBM (診断と治療の根拠) を重視しているか.
- ◆適切な文献を引用しているか.
- ◆考察の長さは妥当であり、且つ、論理的であるか.

6. 倫理的妥当性 (倫理的配慮)

- ◆患者の人権を尊重しているか.
- ◆患者の事情、希望に配慮しているか.
- ◆患者の社会的心理的背景を考慮しているか.
- ◆患者を全人的視野で診療しているか.