|  |  |
| --- | --- |
|  | 専－１ |
| 　口 腔 が ん 専門医認定申請書　年　　　月　　　日（申請書の日付はすべて西暦）一般社団法人日本口腔腫瘍学会口腔がん専門医制度委員会　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 所属(施設名及び講座または診療科) |  |
| 申請者氏名(自筆) |  | ㊞ |
| 会員番号 |  |

日本口腔腫瘍学会口腔がん専門医制度規則に基づき、下記の関係書類及び審査料を添えて専門医認定申請をいたしますので審査をお願いいたします。記１．（専－２）　履歴書 ２．日本国の歯科医師免許証または医師免許証（写）３．日本口腔外科学会認定口腔外科専門医認定証（写）４．日本がん治療認定医機構がん治療認定医（歯科口腔外科）認定証　　またはがん治療認定医認定証（写）５．（専－３）研修記録簿６．（専－４）研修内容評価用紙７．（専－５）研修実績一覧表および手術記録（術者）８．（専－６）口腔がんの臨床に関する業績目録（論文および発表）９．（専－７）「禁煙推進宣言」に対する同意書10． 学術集会・講習会参加証および教育研修会等の受講証（写） |
| 連絡先 | Emailアドレス |  |
| 勤務先 | 所在地 | 〒　　　－ |
| 名称 |  |
| TEL |  |
| 自　宅 | 住所 | 〒　　　－ |
| TEL |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **履　　歴　　書**（専門医申請用） | 専－２ |
| ふりがな |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 本籍地 |  |
| 現住所 |  |
| 年 | 月 | 学歴・資格・免許・専門医等の事項 |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 年 | 月 |  |
| 自 | 至 | 職歴・研修歴等の事項 |
| 年 | 月 | 年 | 月 |  |
| 年 | 月 | 年 | 月 |  |
| 年 | 月 | 年 | 月 |  |
| 年 | 月 | 年 | 月 |  |
| 年 | 月 | 年 | 月 |  |
| 年 | 月 | 年 | 月 |  |
| 年 | 月 | 年 | 月 |  |
| 年 | 月 | 年 | 月 |  |
| 年 | 月 | 年 | 月 |  |
| 年 | 月 | 年 | 月 |  |
| 年 | 月 | 年 | 月 |  |
| 年 | 月 | 年 | 月 |  |
| 年 | 月 | 年 | 月 |  |

|  |
| --- |
| 学会(入会年月。日本口腔腫瘍学会以外は年まで)及び社会における活動等 |
| 年 | 月 | 日本口腔腫瘍学会 | 年 |  |
| 年 |  | 年 |  |
| 年 |  | 年 |  |
| 年 |  | 年 |  |
| 上記のとおり相違ありません。　　　　年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名（自　署） |  | 印 |

 |
|  | 日本口腔腫瘍学会会員継続年数　　年（記載不要） |
| 研修期間自己申告書 | ＊ 判定年数欄は記入不要 |
| 指定研修施設等 | 暫定口腔がん指導医または口腔がん専門医 | 自 | 至 | 研修期間 |
| 名　称 | 認定番号認定年月日(学会HP参照) | 氏　名 | 年 | 月 | 年 | 月 | 自己申告年数 | 判定\*年数 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 研修期間合計 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 専－３ |
| 研修記録簿

|  |  |
| --- | --- |
| 記入年月日 | 　　　年　　　月　　　日  |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |
| 指定研修施設名 |  |
| 暫定口腔がん指導医・口腔がん専門医(自署) |  | ㊞ |

 |
| １．症例一覧表　期間　　　　年　　月　～　　　年　　月 |
| No | ID番号 | 初診日(西暦) | 診断名 | 主たる治療内容 | 手術の担当 |
| 年/月/日 | 手術療法/放射線治療/薬物療法/緩和医療 等 | 原発巣切除術/頸部郭清術/再建術 | 担当(術者/助手) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |

口腔がん手術　　　　件（うち術者　　　　件）、頸部郭清術　　　　側（うち術者　　　　側）

＊本頁に記載した手術件数・頸部郭清術の側数を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 専－３　続 |
| No | ID番号 | 初診日(西暦) | 診断名 | 主たる治療内容 | 手術の担当 |
| 年/月/日 | 手術療法/放射線治療/薬物療法/緩和医療 等 | 原発巣切除術/頸部郭清術/再建術 | 担当(術者/助手) |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |  |

口腔がん手術　　　　件（うち術者　　　　件）、頸部郭清術　　　　側（うち術者　　　　側）

＊本頁に記載した手術件数・頸部郭清術の側数を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 専－３　続 |
| No | ID番号 | 初診日(西暦) | 診断名 | 主たる治療内容 | 手術の担当 |
| 年/月/日 | 手術療法/放射線治療/薬物療法/緩和医療 等 | 原発巣切除術/頸部郭清術/再建術 | 担当(術者/助手) |
| 41 |  |  |  |  |  |  |
| 42 |  |  |  |  |  |  |
| 43 |  |  |  |  |  |  |
| 44 |  |  |  |  |  |  |
| 45 |  |  |  |  |  |  |
| 46 |  |  |  |  |  |  |
| 47 |  |  |  |  |  |  |
| 48 |  |  |  |  |  |  |
| 49 |  |  |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |  |  |
| 51 |  |  |  |  |  |  |
| 52 |  |  |  |  |  |  |
| 53 |  |  |  |  |  |  |
| 54 |  |  |  |  |  |  |
| 55 |  |  |  |  |  |  |
| 56 |  |  |  |  |  |  |
| 57 |  |  |  |  |  |  |
| 58 |  |  |  |  |  |  |
| 59 |  |  |  |  |  |  |
| 60 |  |  |  |  |  |  |
| 61 |  |  |  |  |  |  |
| 62 |  |  |  |  |  |  |
| 63 |  |  |  |  |  |  |
| 64 |  |  |  |  |  |  |
| 65 |  |  |  |  |  |  |

口腔がん手術　　　　件（うち術者　　　　件）、頸部郭清術　　　　側（うち術者　　　　側）

＊本頁に記載した手術件数・頸部郭清術の側数を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 専－３　続 |
| No | ID番号 | 初診日(西暦) | 診断名 | 主たる治療内容 | 手術の担当 |
| 年/月/日 | 手術療法/放射線治療/薬物療法/緩和医療 等 | 原発巣切除術/頸部郭清術/再建術 | 担当(術者/助手) |
| 66 |  |  |  |  |  |  |
| 67 |  |  |  |  |  |  |
| 68 |  |  |  |  |  |  |
| 69 |  |  |  |  |  |  |
| 70 |  |  |  |  |  |  |
| 71 |  |  |  |  |  |  |
| 72 |  |  |  |  |  |  |
| 73 |  |  |  |  |  |  |
| 74 |  |  |  |  |  |  |
| 75 |  |  |  |  |  |  |
| 76 |  |  |  |  |  |  |
| 77 |  |  |  |  |  |  |
| 78 |  |  |  |  |  |  |
| 79 |  |  |  |  |  |  |
| 80 |  |  |  |  |  |  |
| 81 |  |  |  |  |  |  |
| 82 |  |  |  |  |  |  |
| 83 |  |  |  |  |  |  |
| 84 |  |  |  |  |  |  |
| 85 |  |  |  |  |  |  |
| 86 |  |  |  |  |  |  |
| 87 |  |  |  |  |  |  |
| 88 |  |  |  |  |  |  |
| 89 |  |  |  |  |  |  |
| 90 |  |  |  |  |  |  |

口腔がん手術　　　　件（うち術者　　　　件）、頸部郭清術　　　　側（うち術者　　　　側）

＊本頁に記載した手術件数・頸部郭清術の側数を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 専－３　続 |
| No | ID番号 | 初診日(西暦) | 診断名 | 主たる治療内容 | 手術の担当 |
| 年/月/日 | 手術療法/放射線治療/薬物療法/緩和医療 等 | 原発巣切除術/頸部郭清術/再建術 | 担当(術者/助手) |
| 91 |  |  |  |  |  |  |
| 92 |  |  |  |  |  |  |
| 93 |  |  |  |  |  |  |
| 94 |  |  |  |  |  |  |
| 95 |  |  |  |  |  |  |
| 96 |  |  |  |  |  |  |
| 97 |  |  |  |  |  |  |
| 98 |  |  |  |  |  |  |
| 99 |  |  |  |  |  |  |
| 100 |  |  |  |  |  |  |
| 101 |  |  |  |  |  |  |
| 102 |  |  |  |  |  |  |
| 103 |  |  |  |  |  |  |
| 104 |  |  |  |  |  |  |
| 105 |  |  |  |  |  |  |
| 106 |  |  |  |  |  |  |
| 107 |  |  |  |  |  |  |
| 108 |  |  |  |  |  |  |
| 109 |  |  |  |  |  |  |
| 110 |  |  |  |  |  |  |
| 111 |  |  |  |  |  |  |
| 112 |  |  |  |  |  |  |
| 113 |  |  |  |  |  |  |
| 114 |  |  |  |  |  |  |
| 115 |  |  |  |  |  |  |

口腔がん手術　　　　件（うち術者　　　　件）、頸部郭清術　　　　側（うち術者　　　　側）

＊本頁に記載した手術件数・頸部郭清術の側数を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 専－３　続 |
| No | ID番号 | 初診日(西暦) | 診断名 | 主たる治療内容 | 手術の担当 |
| 年/月/日 | 手術療法/放射線治療/薬物療法/緩和医療 等 | 原発巣切除術/頸部郭清術/再建術 | 担当(術者/助手) |
| 116 |  |  |  |  |  |  |
| 117 |  |  |  |  |  |  |
| 118 |  |  |  |  |  |  |
| 119 |  |  |  |  |  |  |
| 120 |  |  |  |  |  |  |
| 121 |  |  |  |  |  |  |
| 122 |  |  |  |  |  |  |
| 123 |  |  |  |  |  |  |
| 124 |  |  |  |  |  |  |
| 125 |  |  |  |  |  |  |
| 126 |  |  |  |  |  |  |
| 127 |  |  |  |  |  |  |
| 128 |  |  |  |  |  |  |
| 129 |  |  |  |  |  |  |
| 130 |  |  |  |  |  |  |
| 131 |  |  |  |  |  |  |
| 132 |  |  |  |  |  |  |
| 133 |  |  |  |  |  |  |
| 134 |  |  |  |  |  |  |
| 135 |  |  |  |  |  |  |
| 136 |  |  |  |  |  |  |
| 137 |  |  |  |  |  |  |
| 138 |  |  |  |  |  |  |
| 139 |  |  |  |  |  |  |
| 140 |  |  |  |  |  |  |

口腔がん手術　　　　件（うち術者　　　　件）、頸部郭清術　　　　側（うち術者　　　　側）

＊本頁に記載した手術件数・頸部郭清術の側数を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 専－３　続 |
| No | ID番号 | 初診日(西暦) | 診断名 | 主たる治療内容 | 手術の担当 |
| 年/月/日 | 手術療法/放射線治療/薬物療法/緩和医療 等 | 原発巣切除術/頸部郭清術/再建術 | 担当(術者/助手) |
| 141 |  |  |  |  |  |  |
| 142 |  |  |  |  |  |  |
| 143 |  |  |  |  |  |  |
| 144 |  |  |  |  |  |  |
| 145 |  |  |  |  |  |  |
| 146 |  |  |  |  |  |  |
| 147 |  |  |  |  |  |  |
| 148 |  |  |  |  |  |  |
| 149 |  |  |  |  |  |  |
| 150 |  |  |  |  |  |  |
| 151 |  |  |  |  |  |  |
| 152 |  |  |  |  |  |  |
| 153 |  |  |  |  |  |  |
| 154 |  |  |  |  |  |  |
| 155 |  |  |  |  |  |  |
| 156 |  |  |  |  |  |  |
| 157 |  |  |  |  |  |  |
| 158 |  |  |  |  |  |  |
| 159 |  |  |  |  |  |  |
| 160 |  |  |  |  |  |  |
| 161 |  |  |  |  |  |  |
| 162 |  |  |  |  |  |  |
| 163 |  |  |  |  |  |  |
| 164 |  |  |  |  |  |  |
| 165 |  |  |  |  |  |  |

口腔がん手術　　　　件（うち術者　　　　件）、頸部郭清術　　　　側（うち術者　　　　側）

＊本頁に記載した手術件数・頸部郭清術の側数を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 専－４ |
| 　研修内容評価用紙　申請者氏名　　　　　　　　　　　暫定口腔がん指導医・口腔がん専門医氏名　　　　　　　　　　　 |
| **≪Ａ～Ｅ（Ａを最高、Ｅを最低とする）の５段階評価をして下さい≫** | 申請者の自己評価 | 指導医・専門医の評価 |
| がんの疫学 |
| 1 | 口腔がんの罹患数と発生頻度に関し、十分な知識を有し、説明できる。 |  |  |
| 2 | 口腔がんにおける危険因子を説明できる。 |  |  |
| 3 | 口腔がんの前癌病変、前癌状態について説明できる。 |  |  |
| がんの分子生物学 |
| 4 | がんの細胞生物学的異常（増殖・分化・細胞死の異常）について理解し、説明できる。 |  |  |
| 5 | がん遺伝子とその活性化機構、ならびにがん抑制遺伝子とその不活化機構を理解し、説明できる。 |  |  |
| 口腔がんの発癌と浸潤・転移 |
| 6 | 口腔がんの発がんに影響を与える遺伝的素因と環境因子を理説明できる。 |  |  |
| 7 | 口腔がんの浸潤・転移の基本的な概念を理解し、説明できる。 |  |  |
| 腫瘍免疫学 |
| 8 | 免疫担当細胞、関連分子の由来、一般免疫のメカニズムを説明できる。 |  |  |
| 9 | 腫瘍免疫のメカニズムとがんに対する免疫監視機構を説明できる。 |  |  |
| 10 | 免疫不全・抑制状態におけるがんの発生に関して説明できる。 |  |  |
| 11 | 免疫療法の種類とメカニズムを理解し、説明できる。 |  |  |
| 12 | 抗体を利用した診断と治療法を理解し、説明できる。 |  |  |
| がんの病理学 |
| 13 | 細胞診、組織生検、迅速（凍結切片）診断、手術標本組織診断、剖検などに習熟している。 |  |  |
| 14 | 免疫組織化学的診断、分子病理学的診断の意義を理解し、説明できる。 |  |  |
| 15 | 前癌状態、前癌病変、各種組織型がん、転移性がん、原発不明がんに関する病理組織診断ならびに細胞診診断の報告書の内容を説明できる。 |  |  |
| 16 | 歯原性腫瘍の特徴を理解し、説明できる。 |  |  |
| 17 | 原発性腫瘍と転移性腫瘍について理解し、鑑別できる。 |  |  |
| 18 | リンパ節転移ならびに遠隔転移について理解し、説明できる。 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 専－４　続 |
| **≪Ａ～Ｅ（Ａを最高、Ｅを最低とする）の５段階評価をして下さい≫** | 申請者の自己評価 | 指導医・専門医の評価 |
| 口腔がんの診断と病期 |
| 19 | 口腔がん患者の診察を適切に行うことができる。 |  |  |
| 20 | 口腔がんの病期を決定することができる。 |  |  |
| 21 | 口腔がんに対し、病理学的診断法を適切に選択・実行できる。 |  |  |
| 22 | 口腔がんの診断にあたり、各種画像診断法の適性を理解し、適切に選択・読影することができる。 |  |  |
| 23 | 各種臨床検査の適応を理解し、結果を適切に解釈できる |  |  |
| 24 | 局所ならびに全身状態を把握し、口腔がんの治療上問題になりうる既往症や合併症を見出すことができる。 |  |  |
| 口腔がんの手術療法 |
| 25 | 口腔、頸部とその周囲の解剖学的および生理学的事項を説明できる。 |  |  |
| 26 | 術前準備を適切に実施できる。 |  |  |
| 27 | 深部静脈血栓症や肺塞栓症に対する適切な予防・治療ができる。 |  |  |
| 28 | 患者および家族に手術の合理性、有効性、輸血の可能性とリスク、術中・術後の合併症、後遺症を説明し、同意を得ることができる。 |  |  |
| 29 | 口腔がん原発巣切除手術の適応を理解し、これを安全・確実に実施でき、さらに術後管理ができる。 |  |  |
| 30 | 頸部郭清術の適応を理解し、安全・確実に実施し、術後管理ができる。 |  |  |
| 31 | 各種再建術の適応を理解し、安全・確実に実施でき、術後管理ができる。 |  |  |
| 32 | 気管切開術の適応を理解し、安全・確実に実施でき、術後管理ができる。 |  |  |
| 33 | 術中合併症の診断と管理を適切に行うことができる。 |  |  |
| 34 | 術後合併症の診断と管理を医科と連携して適切に行うことができる。 |  |  |
| 口腔がんの薬物療法・支持療法 |
| 35 | 抗癌剤の薬理を理解し、効果と安全性を考慮して適切に投与できる。 |  |  |
| 36 | 口腔がんに使用される抗癌剤の種類と分類、薬剤の特徴的な作用機序・薬理と体内動態、副作用・合併症を理解し、説明できる。 |  |  |
| 37 | 併用療法を含め、薬物療法を適切に立案し、安全に実施できる。 |  |  |
| 38 | 支持療法や特異的治療法を熟知し、副作用の管理ができる。 |  |  |
| 39 | 固形がんの効果判定基準（RECIST）ガイドラインと化学療法による毒性の評価を理解し、実臨床で活用できる。 |  |  |
| 40 | 口腔がんに対する薬物療法の、手術あるいは放射線治療との併用の有用性について理解し、治療に応用できる。 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 専－４　続 |
| **≪Ａ～Ｅ（Ａを最高、Ｅを最低とする）の５段階評価をして下さい≫** | 申請者の自己評価 | 指導医・専門医の評価 |
| 口腔がんの放射線療法 |
| 41 | 放射線治療の物理学的基礎原理と生物学的基礎原理を理解し説明できる。 |  |  |
| 42 | 放射線治療の有害事象を理解し、説明できる。 |  |  |
| 43 | 各種放射線治療法の原理、効果、適応を理解し、説明できる。 |  |  |
| 個々の口腔がんの評価と治療法 |
| 44 | 部位や組織型など、各種口腔がんの治療前評価、治療、および管理を適切に実施できる。 |  |  |
| 45 | 舌癌、下顎歯肉癌、上顎歯肉癌、口蓋癌、口底癌、頬粘膜癌、大唾液腺腫瘍、小唾液腺腫瘍に関して、切除の適応と術式を説明でき、執刀できる。 |  |  |
| 46 | 各種口腔がんにおける頸部郭清の適応と術式を説明でき、執刀できる。 |  |  |
| 47 | 各種口腔がんにおける再建術の適応と術式を選択立案し、執刀できる。 |  |  |
| 48 | 各種口腔がんに対する放射線治療の適応と方法を選択し、治療計画を立案できる。 |  |  |
| 49 | 各種口腔がんに対する化学療法の適応と方法を選択し、治療計画を立案できる。 |  |  |
| 50 | 各種口腔がんに対する放射線化学療法の適応と方法を選択し、治療計画を立案できる。 |  |  |
| 51 | 多発がんの術前診断法に精通し、実臨床で適切に診断できる。 |  |  |
| 52 | 多発がんの適切な治療法を選択・実施できる。 |  |  |
| 53 | 多発がんの臨床において、関係各診療科と連携をとり、治療ができる。 |  |  |
| 54 | 多重がんの術前診断法に精通し、実臨床で適切に診断できる。 |  |  |
| 55 | 多重がんの適切な治療法を選択・実施できる。 |  |  |
| 56 | 多重がんの臨床において、関係各診療科と連携し治療ができる。 |  |  |
| 57 | 転移性口腔がんの術前診断法に精通し、適切に実施できる。 |  |  |
| 58 | 転移性口腔がんの原発部位による口腔腫瘍の病態に精通し、対応できる。 |  |  |
| 59 | 転移性口腔がんの適切な治療法を選択し、実施できる。 |  |  |
| 60 | 転移性口腔がんに対し、関係各診療科と連携して治療ができる。 |  |  |
| 61 | 再発がんの治療前診断法に精通し、実臨床で適切に診断できる。 |  |  |
| 62 | 再発がんの口腔および全身の病態に精通し、対応できる。 |  |  |
| 63 | 再発がんの適切な治療法を選択し、関係各科と連携をとり治療できる。 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 専－４　続 |
| **≪Ａ～Ｅ（Ａを最高、Ｅを最低とする）の５段階評価をして下さい≫** | 申請者の自己評価 | 指導医・専門医の評価 |
| がん患者の病態生理とその管理 |
| 64 | 口腔がん患者を管理する上で必要な生理学と病態生理学につい理解し、説明できる。 |  |  |
| 65 | 腫瘍心理学（サイコオンコロジー）理解し、精神科医と連携してカウンセリング等を適切に行うことができる。 |  |  |
| 66 | がん救急を理解し、対応できる。 |  |  |
| がんの緩和医療 |
| 67 | 患者、家族との関係に関する医学的倫理を理解し、遵守できる。 |  |  |
| 68 | 緩和医療を理解し、管理に利用できる。 |  |  |
| 69 | 緩和医療に用いられる各種薬剤の適応、使用法を理解し、適切に用いることができる。 |  |  |
| がん治療における薬理学 |
| 70 | 口腔がんに使用される抗癌剤に関し、吸収、分布、代謝と変化、排泄、薬物効果の時間的変化など薬理学的特徴を理解し、適切に使用できる。 |  |  |
| 71 | 中心静脈栄養、経管栄養に関し、適応、投与ルート、成分、合併症、臓器障害時の注意などに精通し、実臨床で栄養管理ができる。 |  |  |
| 72 | 主な抗菌薬の作用機序、副作用、適切な抗菌薬や併用療法の選択、予防的抗菌薬療法の原則に精通し、適切に使用できる。 |  |  |
| 73 | 鎮痛剤と催眠鎮静剤に関し、肝疾患、腎疾患を有する患者に対する適切な薬剤の選択、過量投与の識別と対応、高度の疼痛の鎮痛、慢性的な疼痛の鎮痛（WHO 方式)、鎮痛における補助的方法、鎮痛剤の経静脈投与から経口投与への変換等を理解し、適切に使用できる。 |  |  |
| 74 | 吸入麻酔薬に関し、代謝、腎障害、肝障害、副作用、心循環器系に対する作用を理解し、説明できる。 |  |  |
| 75 | 局所麻酔薬に関し、麻酔法、副作用、麻酔薬の代謝、腎障害、肝障害、過敏反応、心循環器系,神経系に対する効果を理解し、説明できる。 |  |  |
| 76 | 抗凝固剤に関し、ヘパリンとワーファリンカリウムの作用機序、それぞれの治療の適応と合併症、予防的低用量ヘパリン療法の適応と合併症を理解し、説明できる。 |  |  |
| 77 | さまざまな病態に対する心循環器系に作用する薬剤の適応と使用法を理解し、説明できる。 |  |  |
| 78 | ヒスタミン受容体拮抗薬、抗うつ薬、抗痙攣薬、インシュリン、経口糖尿病薬、制吐剤、ステロイド等の適応と使用法を説明できる。 |  |  |
| がんの臨床研究・試験と統計学 |
| 79 | 臨床研究や臨床試験などを立案する上で必要な疫学と統計的手法を理解し、説明できる。 |  |  |
| 80 | 臨床試験の第I相、II相、III相の概念を理解し、説明できる。 |  |  |
| がん治療の医療倫理と医療安全 |
| 81 | がんの診療、臨床研究、臨床試験などを行う上で必要な医療倫理と医療安全の基本を理解し、説明できる。 |  |  |
| ＊以上の項目は口腔がん専門医教育研修カリキュラムに準拠している。詳細は、カリキュラムを参照。 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 専－５ |
| 研修実績　代表10症例の一覧表

|  |  |
| --- | --- |
| 記入年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 申請者氏名 |  |
| 指定研修施設名 |  |
| 暫定口腔がん指導医口腔がん専門医(自署) |  |

 |
| No | ID番号 | 手術時年齢 | 性別 | 診断名(TNM分類) | 手術名（部位を含めて具体的に） |
| 1 |  | (歳) |  |  |  |
| 2 |  | (歳) |  |  |  |
| 3 |  | (歳) |  |  |  |
| 4 |  | (歳) |  |  |  |
| 5 |  | (歳) |  |  |  |
| 6 |  | (歳) |  |  |  |
| 7 |  | (歳) |  |  |  |
| 8 |  | (歳) |  |  |  |
| 9 |  | (歳) |  |  |  |
| 10 |  | (歳) |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 症例報告(術者としておこなった代表的な10例の手術記録) | 専－５　続 |
| No(一覧表と同一番号) | 1 | ID番号 |  | 手術時年　齢 | 歳 | 性別 |  |
| 初診年月日 |  | 診断名(TNM分類) |  | 転帰 |  |
| 手術年月日 |  | 手術名 |  |
| 手術実施施設名 |  |
| 手術時間 | ： | 麻酔時間 | ： | 出血量 | ml |  |
| 臨床経過および手術の内容： |
| 暫定口腔がん指導医あるいは口腔がん専門医 所見： |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 暫定口腔がん指導医あるいは口腔がん専門医 　　　　　　署名 |  | ㊞ |
|  |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| 症例報告(術者としておこなった代表的な10例の手術記録) | 専－５　続 |
| 番　号(一覧表と同一番号) | 2 | ID番号 |  | 手術時年　齢 | 歳 | 性別 |  |
| 初診年月日 |  | 診断名(TNM分類) |  | 転帰 |  |
| 手術年月日 |  | 手術名 |  |
| 手術実施施設名 |  |
| 手術時間 | ： | 麻酔時間 | ： | 出血量 | ml |  |
| 臨床経過および手術の内容： |
| 暫定口腔がん指導医あるいは口腔がん専門医 所見： |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 暫定口腔がん指導医あるいは口腔がん専門医 　　　　　　署名 |  | ㊞ |
|  |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| 症例報告(術者としておこなった代表的な10例の手術記録) | 専－５　続 |
| 番　号(一覧表と同一番号) | 3 | ID番号 |  | 手術時年　齢 | 歳 | 性別 |  |
| 初診年月日 |  | 診断名(TNM分類) |  | 転帰 |  |
| 手術年月日 |  | 手術名 |  |
| 手術実施施設名 |  |
| 手術時間 | ： | 麻酔時間 | ： | 出血量 | ml |  |
| 臨床経過および手術の内容： |
| 暫定口腔がん指導医あるいは口腔がん専門医 所見： |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 暫定口腔がん指導医あるいは口腔がん専門医 　　　　　　署名 |  | ㊞ |
|  |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| 症例報告(術者としておこなった代表的な10例の手術記録) | 専－５　続 |
| 番　号(一覧表と同一番号) | 4 | ID番号 |  | 手術時年　齢 | 歳 | 性別 |  |
| 初診年月日 |  | 診断名(TNM分類) |  | 転帰 |  |
| 手術年月日 |  | 手術名 |  |
| 手術実施施設名 |  |
| 手術時間 | ： | 麻酔時間 | ： | 出血量 | ml |  |
| 臨床経過および手術の内容： |
| 暫定口腔がん指導医あるいは口腔がん専門医 所見： |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 暫定口腔がん指導医あるいは口腔がん専門医 　　　　　　署名 |  | ㊞ |
|  |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| 症例報告(術者としておこなった代表的な10例の手術記録) | 専－５　続 |
| 番　号(一覧表と同一番号) | 5 | ID番号 |  | 手術時年　齢 | 歳 | 性別 |  |
| 初診年月日 |  | 診断名(TNM分類) |  | 転帰 |  |
| 手術年月日 |  | 手術名 |  |
| 手術実施施設名 |  |
| 手術時間 | ： | 麻酔時間 | ： | 出血量 | ml |  |
| 臨床経過および手術の内容： |
| 暫定口腔がん指導医あるいは口腔がん専門医 所見： |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 暫定口腔がん指導医あるいは口腔がん専門医 　　　　　　署名 |  | ㊞ |
|  |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| 症例報告(術者としておこなった代表的な10例の手術記録) | 専－５　続 |
| 番　号(一覧表と同一番号) | 6 | ID番号 |  | 手術時年　齢 | 歳 | 性別 |  |
| 初診年月日 |  | 診断名(TNM分類) |  | 転帰 |  |
| 手術年月日 |  | 手術名 |  |
| 手術実施施設名 |  |
| 手術時間 | ： | 麻酔時間 | ： | 出血量 | ml |  |
| 臨床経過および手術の内容： |
| 暫定口腔がん指導医あるいは口腔がん専門医 所見： |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 暫定口腔がん指導医あるいは口腔がん専門医 　　　　　　署名 |  | ㊞ |
|  |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| 症例報告(術者としておこなった代表的な10例の手術記録) | 専－５　続 |
| 番　号(一覧表と同一番号) | 7 | ID番号 |  | 手術時年　齢 | 歳 | 性別 |  |
| 初診年月日 |  | 診断名(TNM分類) |  | 転帰 |  |
| 手術年月日 |  | 手術名 |  |
| 手術実施施設名 |  |
| 手術時間 | ： | 麻酔時間 | ： | 出血量 | ml |  |
| 臨床経過および手術の内容： |
| 暫定口腔がん指導医あるいは口腔がん専門医 所見： |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 暫定口腔がん指導医あるいは口腔がん専門医 　　　　　　署名 |  | ㊞ |
|  |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| 症例報告(術者としておこなった代表的な10例の手術記録) | 専－５　続 |
| 番　号(一覧表と同一番号) | 8 | ID番号 |  | 手術時年　齢 | 歳 | 性別 |  |
| 初診年月日 |  | 診断名(TNM分類) |  | 転帰 |  |
| 手術年月日 |  | 手術名 |  |
| 手術実施施設名 |  |
| 手術時間 | ： | 麻酔時間 | ： | 出血量 | ml |  |
| 臨床経過および手術の内容： |
| 暫定口腔がん指導医あるいは口腔がん専門医 所見： |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 暫定口腔がん指導医あるいは口腔がん専門医 　　　　　　署名 |  | ㊞ |
|  |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| 症例報告(術者としておこなった代表的な10例の手術記録) | 専－５　続 |
| 番　号(一覧表と同一番号) | 9 | ID番号 |  | 手術時年　齢 | 歳 | 性別 |  |
| 初診年月日 |  | 診断名(TNM分類) |  | 転帰 |  |
| 手術年月日 |  | 手術名 |  |
| 手術実施施設名 |  |
| 手術時間 | ： | 麻酔時間 | ： | 出血量 | ml |  |
| 臨床経過および手術の内容： |
| 暫定口腔がん指導医あるいは口腔がん専門医 所見： |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 暫定口腔がん指導医あるいは口腔がん専門医 　　　　　　署名 |  | ㊞ |
|  |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| 症例報告(術者としておこなった代表的な10例の手術記録) | 専－５　続 |
| 番　号(一覧表と同一番号) | 10 | ID番号 |  | 手術時年　齢 | 歳 | 性別 |  |
| 初診年月日 |  | 診断名(TNM分類) |  | 転帰 |  |
| 手術年月日 |  | 手術名 |  |
| 手術実施施設名 |  |
| 手術時間 | ： | 麻酔時間 | ： | 出血量 | ml |  |
| 臨床経過および手術の内容： |
| 暫定口腔がん指導医あるいは口腔がん専門医 所見： |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 暫定口腔がん指導医あるいは口腔がん専門医 　　　　　　署名 |  | ㊞ |
|  |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 専－６ |
| 口腔がんの臨床に関する業績目録（論文） |
| 記入年月日 | 　　　年　　　月　　　日 | 氏　　名 |  |
| 本学会誌の掲載論文を先頭に記載してください。記載は代表的な**臨床論文**は10編以内としてください。別刷を必ず添付ししてください（コピー・データ添付可）。別刷には№と対応するよう別刷右上に№を付記してください。 |
| No.1 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： |
| 著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）： | 発行年月(西暦)年　月 | 巻 | 頁～ |
| No.2 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： |
| 著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）： | 発行年月(西暦)年　月 | 巻 | 頁～ |
| No.3 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： |
| 著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）： | 発行年月(西暦)年　月 | 巻 | 頁～ |
| No.4 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： |
| 著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）： | 発行年月(西暦)年　月 | 巻 | 頁～ |
| No.5 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： |
| 著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）： | 発行年月(西暦)年　月 | 巻 | 頁～ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 専－６続 |
| No.6 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： |
| 著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）： | 発行年月(西暦)年　月 | 巻 | 頁～ |
| No.7 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： |
| 著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）： | 発行年月(西暦)年　月 | 巻 | 頁～ |
| No.8 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： |
| 著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）： | 発行年月(西暦)年　月 | 巻 | 頁～ |
| No.9 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： |
| 著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）： | 発行年月(西暦)年　月 | 巻 | 頁～ |
| No.10 | 論文題名： | 掲載誌名（略称不可）： |
| 著者氏名（筆頭著者を先頭に記載し申請者にアンダーライン）： | 発行年月(西暦)年　月 | 巻 | 頁～ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 専－６ |
| 口腔がんの臨床に関する業績目録（発表） |
| 記入年月日 | 　　　年　　　月　　　日 | 氏　　名 |  |
| 本学会の学術大会での発表を先頭に記載してください。 |
| 学会発表(学会名・発表年・演題名・筆頭演者) | 演者区分 |
| 1 | 第　　　回日本口腔腫瘍学会総会・学術大会 | □ 筆頭演者□ 共同演者 |
| 2 |  | □ 筆頭演者□ 共同演者 |
| 3 |  | □ 筆頭演者□ 共同演者 |
| 4 |  | □ 筆頭演者□ 共同演者 |
| 5 |  | □ 筆頭演者□ 共同演者 |
| 6 |  | □ 筆頭演者□ 共同演者 |
| 7 |  | □ 筆頭演者□ 共同演者 |
| 8 |  | □ 筆頭演者□ 共同演者 |
| 9 |  | □ 筆頭演者□ 共同演者 |
| 10 |  | □ 筆頭演者□ 共同演者 |
| 11 |  | □ 筆頭演者□ 共同演者 |
| 12 |  | □ 筆頭演者□ 共同演者 |
| 13 |  | □ 筆頭演者□ 共同演者 |
| 14 |  | □ 筆頭演者□ 共同演者 |
| 15 |  | □ 筆頭演者□ 共同演者 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 専－７ |
| 一般社団法人日本口腔腫瘍学会「禁煙推進宣言」に対する同意書氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　印　所属（施設名および講座名または診療科名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　私は、一般社団法人日本口腔腫瘍学会が定めた「禁煙推進宣言」に同意し、禁煙推進活動に積極的に協力致します。 |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 学術集会・講習会参加証および教育研修会等の受講証の一覧 |
| 記入年月日 | 　　　年　　　月　　　日 | 氏　　名 |  |
| 提出する申請前5年間の学術集会・講習会参加証および教育研修会等の受講証を一覧にまとめてください。参加したことが分かる書類を必ず添付し、№と対応するよう受講証に№を付記してください。 |
| ①学会参加証等（申請前5年間に当会学術大会・指定した学術集会に5回以上。そのうち 2 回以上は，本会学術大会） |
| №1 | 第　　回日本口腔腫瘍学会総会・学術大会（　　　年　　月　　日～　　日） | №6 |  |
| №2 | 第　　回日本口腔腫瘍学会総会・学術大会（　　　年　　月　　日～　　日） | №7 |  |
| №3 |  | №8 |  |
| №4 |  | №9 |  |
| №5 |  | №10 |  |
| ②医療安全講習会受講証（申請前5年間に本会が定める医療安全講習会を1回以上） |
| №1 |  | №6 |  |
| №2 |  | №7 |  |
| №3 |  | №8 |  |
| №4 |  | №9 |  |
| №5 |  | №10 |  |
| ③教育プログラム受講証（申請前5年間に癌に関する教育プログラムを3回以上） |
| №1 |  | №6 |  |
| №2 |  | №7 |  |
| №3 |  | №8 |  |
| №4 |  | №9 |  |
| №5 |  | №10 |  |

|  |
| --- |
| ①学会参加証等貼付用紙 |
| No.(一覧表と同一番号) |  | 学術大会名 |  |
| ＊学会参加証は、氏名と学会名等が確認できるように切り離さずに貼ってください。＊用紙1枚につき、1つの参加証を貼り付けてください。 |
|  |

|  |
| --- |
| ②医療安全講習会受講証貼付用紙 |
| No.(一覧表と同一番号) |  | 講習会名 |  |
| ＊医療安全講習会受講証は、氏名と学会名等が確認できるように切り離さずに貼ってください。＊用紙1枚につき、1つの受講証を貼り付けてください。 |
|  |

|  |
| --- |
| ③教育プログラム受講証貼付用紙 |
| No.(一覧表と同一番号) |  | 教育プログラム名 |  |
| ＊教育プログラム受講証は、氏名と学会名等が確認できるように切り離さずに貼ってください。＊用紙1枚につき、1つの受講証を貼り付けてください。 |
|  |