一般社団法人日本児童青年精神医学会　認定医審査申請時チェックリスト

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請番号（事務局記入欄）： | | 記入日： | | | |
| 申請者名： | | | | | |
| 1. 提出書類（すべて揃っていることを確認） | | | | | |
| □　認定医認定試験受験申請書  □　患者30名の一覧表  □　振込票のコピー | □　履歴書  □　関連研究報告1回以上の証明するもの  □　チェックリスト（本紙） | | □　医師免許証の写し  □　症例報告（3例） | | |
| 1. 申請資格等 | | | | はい | 該当せず |
| 1. 現在児童青年精神医学の臨床に従事しており，かつ，一般精神科2年以上，および児童青年精神科3年以上を含む5年以上の臨床経験を有する 2. 継続して5年以上一般社団法人日本児童青年精神医学会の会員である 3. 受験料と審査料を振り込んだ 4. 提出書類のコピーを手許に残してあり，簡易書留で送付する | | | | □  □  □  □ |  |
| 1. 最近3年間に自ら診療した児童青年期患者30名の一覧表 | | | |  |  |
| 1. 30例すべて，申請者が診療を担当した時点で18歳未満のものである 2. 3年以上前に初診した症例については，診療期間ないしは自ら診療した期間を注記されている 3. 診断名はICD-10に従って記載し，コード番号も示す。可能なかぎり下位診断名まで記載し、必要に応じて従来診断も併記されている   （例：F84　広汎性発達障害　ではなく，F84.5　アスペルガー症候群と記載）   1. 治療法は適切に記載されている 2. 「転帰・治療期間など」の項は治療経過ならびに治療効果が分かるように記載されている（3行以内におさめている） 3. ダウンロードしたExcel表に入力した | | | | □  □  □  □  □  □ | □ |
| 1. 症例報告（3例） | | | |  |  |
| 1. 申請者が診療を担当した時点で18歳未満である 2. 3例のうち，少なくとも1例は発達障害の症例である 3. 治癒に至っていない場合，治療中断に終わった場合には，その間の事情について言及されている。この場合，6ヵ月以上の経過追跡を必要とする 4. 症例報告の様式の典例を参考に，症例番号，性別，初診時年齢，診断，主訴，家族歴，生育歴，現病歴，治療の経過を記載し，一定程度の考察を付記している 5. 診断（ICD-10に従って記載し，コード番号も示す。可能なかぎり下位診断名まで記載し、必要に応じて，従来診断も併記されている）   （例：F84　広汎性発達障害　ではなく，F84.5　アスペルガー症候群と記載）   1. 適応外処方については、説明と同意の内容が明記されている 2. 個人情報保護に配慮した記載を行っている 3. 年号は，X年で記載されている 4. 1例4,000字以上，5,000字以下で記述されている。A4用紙にワードプロセッサで記述し，1枚の字数は1枚の字数は40×30行，文字の大きさは10.5ポイントである 5. 症例は未発表の最新のものである | | | | □  □  □  □  □  □  □  □  □  □ | □  □  □ |