CPC（臨床病理検討会）レポート

採用年度・コース	Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ コース（○印を付けてください。）
研修医氏名	市大　太郎
研修病院名	○○○○○ 病院
提出年月日	○○ 年　○ 月　○ 日

評価者確認欄

病理解剖担当医師名	循環　内斗	確認印	循環

（評価コメント）

概略評価　A（特にすぐれている）　B（すぐれている）　C（標準）

＊（レポート内容が不充分であると判断した場合はコメント、概略評価を記入せず、書き直しを指示してください）

大阪市立大学附属病院 CPC（臨床病理検討会）レポート

コース名
研修医氏名

剖検番号
患者：　　歳、　　男・女　　依頼科：
死亡年月日：　　年　　月　　日
剖検年月日：　　年　　月　　日
CPC 開催日：　　年　　月　　日

臨床経過

臨床上の問題点

病理診断

考察

自署

注
臨床経過等の記述には個人情報保護のため、以下の点を注意し記載すること

１．　患者の氏名、イニシャル、雅号は記載しない。
２．　患者の人種、国籍、出身地、現住所、職業歴、既往歴、家族歴、宗教歴、生活習慣、嗜好は、報告対象疾患との関連が薄い場合は記載しない。
３．　日付は記載せず、第一病日、3 年後、10 日前といった記述法とする。
４．　診療科名は省略するか、大まかな記述法とする。（たとえば第一内科を内科）
５．　すでに前医がある場合、病院名や所在地は記載しない。
６．　症例を特定できる生検、画像情報の中に含まれる番号などは記載しない。