

更新申請用

申請書類チェックリスト

	正本	副本（コピー）
1 専門医更新認定申請書	1	1
2. 履歴書	1	1
3. 内分泌外科専門医認定証（写）	1	1
4. 基本的診療科の専門医認定証（写）	1	1
5. 研究実績一覧表（証拠書類コピー 1 部添付）	1	1
6. 研修実績一覧表（証拠書類コピー 1 部添付）	1	1
7. 診療実績一覧表	1	1
8. 申請料払込が証明できる書類コピー （振替払込請求書兼受領書、払込受領証、ご利用明細票、払込票兼受領証、送金結果など）	1	
9. 受領はがき（切手貼付、申請者宛名を記入したもの）	1	

*受付番号

(日本内分泌外科学会専門医制度委員会事務局記載欄)
専門医更新認定申請書

西暦

一般社団法人日本内分泌外科学会専門医制度 資格認定委員会 御中

日本内分泌外科学会専門医制度規則による内分泌外科専門医更新認定を申請します。

フリガナ		性別	生年月日
氏名			西暦
日本内分泌外科学会会員番号 :			
内分泌外科専門取得年月日 : 西暦			
内分泌外科専門医番号 :			
勤務先			
施設名			
郵便番号			
住所 :			
Tel : FAX :			
自宅			
郵便番号 :			
住所			
Tel :			
連絡先 (○印で囲む) ①. 勤務先 2. 自宅			
基本領域専門医有効年月日 : 西暦			
基本領域専門医番号 : 号			
基本的診療科名 (専門医取得したときの専門医の診療科名) 外科 (該当するものを○で囲む)			
専門医更新後、日本内分泌外科学会ホームページに氏名が公表されることに同意しますか? 同意する			
1 回以上の専門医更新の場合には指導医の申請・更新も同時に希望されますか? 希望する			

*受付番号

(日本内分泌外科学会専門医制度委員会事務局記載欄)

履 歷 書

西曆

現在

[illegible]

(不足の場合には複写してご記入ください)



内分泌外科 専門医認定証

[Redacted]
貴殿を内分泌外科専門医
として認定します

認定番号： [Redacted] 号

認定期間： 自 [Redacted]
至 [Redacted]

[Redacted]
一般社団法人日本内分泌外科学会
理事長 鈴木 真一



JSS

外科専門医
登録番号

第

号

一般社団法人日本外科学会
外科専門医認定証

日本外科学会外科専門医制度規則に
より外科専門医を更新されたので
本証を交付する（本証の有効期間は
交付の日から5年とする）

交 付
認 定
有効期限

一般社団法人 日 本 外 科 学 会

理事長

池田 徳彦



研究実績一覧表

合計

点

申請者氏名

印

1. 論文発表

No.	著者 または共著者	論文題名	掲載雑誌名	巻（号） ページ	発表年 西暦	点数

不足のときはコピーしてください。

研究実績一覧表

合計

点

申請者氏名

印

2. 学会発表

No.	発表者 共同発表者	演題名	学会名	開催地	発表年 西暦	点数

不足のときはコピーしてください。

研究実績証明書コピー

(論文発表は論文名、発表者が記載されている表紙のコピー。学会発表は演題名、演者名のわかる部分の抄録集のコピーを添付して下さい。)

※上記の「研究実績一覧表」に記載された論文等を添付してください。

〈Case Report〉

A Case of Takotsubo syndrome after Surgery for Papillary Thyroid Cancer

Yos

- 1) Department of Breast and Thyroid Surgery,
- 2) Department of Cardiology,
- 3) Department of Pathology, Kawasaki Medical School

ABSTRACT The patient was an 82-year-old woman undergoing treatment for bronchial asthma. In December 200X, she visited her former doctor because of a left cervical mass and pain, and was referred to our hospital for detailed examination. A 19-mm mass was found in the left lobe of the thyroid gland and there were many swollen lymph nodes on both sides of her neck. Fine-needle aspiration cytology revealed malignant and papillary cancer in both the left lobe and left cervical lymph node, but no lung metastasis was found in chest CT, and it was judged to be T1bN1bM0 Stage IVa. Total thyroidectomy + bilateral cervical lymphnode dissection was performed. The left lobe mass of the thyroid gland invaded the sterno-thyroid muscle, but no infiltration to other organs, including the lymph nodes on both sides, was observed. On the night of the operation, wheezing, dyspnea, lower mandibular breathing, and impaired consciousness suddenly developed, and the oxygen saturation of peripheral artery (SpO2) decreased to 60%. No postoperative bleeding was observed. Chest CT demonstrated no signs of heart failure, but based on thickening of the bronchial wall, the cause of hypoxemia was considered to be bronchial asthma. Steroids and oxygen (high-dose, 15 L/min) were administered, but respiratory acidosis developed and non-invasive positive pressure ventilation (NIPPV) was started. The respiratory condition gradually improved thereafter. Acute coronary syndrome (ACS) was suspected based on symptoms, increased troponin T, and ST elevation on ECG. Echocardiography revealed akinesis and left ventricular apical and basal hypercontractility. No coronary arterial stenosis was noted on coronary angiography and left ventriculography demonstrated Takotsubo-like wall movement (hypercontraction of the base and contraction failure of the apex), leading to a diagnosis of Takotsubo syndrome (TS). The

原著

バセドウ病に対する甲状腺全摘術における LigaSure™の有用性の検討

Analyses of utility of ligasure™ small jaw electrical vessel sealing system in total thyroidectomy for Basedow's disease

Y

目的：バセドウ病全摘術におけるリガシユアsmall jawの有用性を検討した。対象と方法：2015年1月から2019年12月までに当科で甲状腺全摘術を施行したバセドウ病患者を対象とし、患者背景、術中・術後の因子に与える影響を検討した。結果：対象患者は60例であり、男性13例、女性47例であった。リガシユア使用例（L群）、非使用例（N群）は各30例であった。男女比、手術時年齢、術前甲状腺機能の分布は両群で有意差を認めなかった。手術時間の中央値はL群が149分、N群が197分であり有意にL群で短く（ $p<0.05$ ）、切除甲状腺重量と術中出血量は両群に有意差は認めなかった。しかし切除重量当たりの出血量（出血／切除重量比）はL群で1.13、N群で2.37であり、有意にL群で低かった（ $p<0.05$ ）。術後の因子には有意差を認めなかった。結論：バセドウ病全摘術におけるリガシユアの使用は手術時間の短縮と切除重量当たりの出血量の減少を有意にもたらし有効であった。

Key words: バセドウ病 (Basedow's disease)、全摘術 (total thyroidectomy)、リガシユア (ligasure)、手術時間 (operation time)、出血／切除重量比 (ratio of bleeding versus resected volume)

はじめに

甲状腺機能亢進症の中で最も多いびまん性甲状腺腫を伴う甲状腺機能亢進症（バセドウ病）に対しては薬物、放射性ヨウ素、手術治療が存在する。手術治療において術式選択は重要であり、最近では甲状腺全摘術または甲状腺亜全摘術の両者の長所と短所を説明すべきであるとされてい

る[1]。当科では2015年から全摘術を施行する症例が圧倒的多数となっている。甲状腺手術において止血を確実にする凝固装置が複数あり、甲状腺結節に対する使用ではすでに多くの有効性を検討した報告がみられ、従来の結紮法に比較して手術時間短縮[2～4]、術中出血量の減少[3, 5]、在院期間の短縮[4]などが報告されている。バセドウ病に対して、本邦では2016年に点数加算が認可されたが、超音波凝固装置の使用検討は数編報告があるものの、電気凝固装置の有効性を検討した論文報告はほとんどない[6]。以前われわれはバセドウ病手術での電気凝固装置であるLigaSure™small jaw（リガシユア）の有用性を検討し学会発表したが有意な因子は認められなかった。今

〈症例報告〉

甲状腺乳頭癌術後に両側乳糜胸を生じた1例

抄録 甲状腺癌術後の乳糜漏は比較的稀な合併症であるが、乳糜胸となる症例はさらに稀である。今回、甲状腺癌術後に両側乳糜胸となり保存的治療で改善した症例を経験したので報告する。症例は73歳女性。甲状腺乳頭癌 Stage IV B の診断となり、甲状腺全摘、頸部リンパ節郭清が施行された。一過性の術後副甲状腺機能低下以外は問題なく経過し、翌日から通常食を開始した。術後3日目に頸部ドレーン排出の減少を確認し抜去した。術後4日目に呼吸苦が出現した。造影CTで両側に胸水貯留を認め、右胸腔ドレナージを施行した。排液は黄白色であり、乳糜胸を疑い絶食管理を開始した。術後9日目に食事再開したがその後も増悪所見なく術後12日目に胸腔ドレーン抜去し、術後16日目に退院となった。甲状腺癌の外側頸部リンパ節郭清術後に呼吸困難を来した場合は乳糜胸も鑑別として考えるべきである。

doi:10.11482/KMJ-J202147119 (令和3年6月8日受理)

キーワード：甲状腺癌、甲状腺乳頭癌、乳糜漏、乳糜胸、術後合併症

緒言

甲状腺癌術後の乳糜漏は比較的稀な合併症であるが、乳糜胸となる症例はさらに少ない。乳糜胸は重篤な呼吸障害や栄養障害を引き起こす注意すべき合併症の一つである。保存的治療で回復することもあるが再手術が必要となる症例も存在する。今回、甲状腺癌術後に両側乳糜胸となり保存的治療で改善した症例を経験したので報告する。

症例

73歳の女性

主訴：左鎖骨上部腫瘍

既往歴：高血圧、脂質異常症

内服薬：アジルサルタン、アトルバスタチン

現病歴：当科初診の2か月ほど前から左前胸

部、左肩、両側頸部、左腰部痛、左鎖骨上部に腫瘍を自覚し前医の整形外科を受診した。CT検査で肺野に多発粒状影を認めたため、呼吸器内科を紹介受診した。精査にて進行甲状腺癌の疑いで当院当科を紹介受診した。頸部超音波検査で甲状腺左葉に腫瘍、両側外側頸部リンパ節腫大を認めいずれも細胞診で甲状腺乳頭癌と診断された。FDG-PET/CT検査で全身転移を認め、治療目的に入院となった。

身体所見：身長 149.5 cm 体重 40.8 kg BMI 18.25

甲状腺左葉に2 cm 大で不整形、表面不整、弾性硬、境界不明瞭で可動性不良な腫瘍を触知した。圧痛なし、皮膚所見なし

血液生化学検査：WBC 7670/ μ L, Hb 11.8 g/dL, PLT 28.8×10^4 / μ L, D-ダイマー 10.0 μ g/mL,

〈症例報告〉

甲状腺被包型乳頭癌の1例

川崎医科大学乳癌甲状腺外科学

抄録 甲状腺被包型乳頭癌は比較的まれであり、非被包型乳頭癌と比べて再発、癌死もほとんどなく予後は良好であるとされている。また、線維性被膜を有することから超音波検査では濾胞性腫瘍との鑑別は困難な場合がある。症例は38歳の女性。前医の超音波検査で甲状腺左葉に2.2 cm 大の充実性腫瘍が認められた。穿刺吸引細胞診で濾胞性腫瘍の疑いと診断され、当院に手術目的で紹介された。超音波検査で甲状腺左葉から峡部にかけて2.5 × 2.1 × 1.6 cm 大の境界部低エコー帯を一部に伴う充実性腫瘍を認めた。濾胞性腫瘍の疑いで甲状腺左葉峡部切除術を施行した。病理組織学的に線維性被膜及び乳頭癌の核所見として矛盾しない腫瘍細胞が乳頭状構造をとる部分が認められたことにより、被包型乳頭癌と診断した。超音波検査で明らかな頸部リンパ節腫大は指摘できなかったため再手術は行わずTSH 抑制療法を行いながら経過観察中である。

doi:10.11482/KMJ-J202147125 (令和3年7月7日受理)

キーワード：甲状腺癌、被包型乳頭癌、濾胞性腫瘍

諸 言

甲状腺被包型乳頭癌は比較的まれであり、甲状腺乳頭癌の約4～14%にみられると報告されている¹⁻⁵⁾。被膜を有するため、濾胞性腫瘍との超音波検査での鑑別は困難な場合がある⁵⁾。今回術前に濾胞性腫瘍を疑ったが、術後の病理組織検査で被包型乳頭癌であった症例を経験したので報告する。

症 例

38歳、女性

主訴：なし

既往歴：高血圧

家族歴：甲状腺疾患なし

内服薬：アムロジピンベシル酸塩

現病歴：前医で行われた頸部超音波検査で甲状腺左葉に2.2 cm 大の腫瘍を指摘された。穿刺吸引細胞診で濾胞性腫瘍疑いの診断となり、手術目的で当院に紹介となった。

触診：甲状腺左葉正中寄りに2 cm 大の弾性硬、表面平滑な腫瘍を触知した。

血液学的検査：血算・生化学検査では異常は認めなかった。甲状腺関連では、TSH 1.51 μ IU/ml, FT4 0.99 μ g/dl で甲状腺機能は正常、血清サイログロブリン (Tg) 55.43 ng/ml と軽度高値、抗Tg抗体<10.0 IU/ml と陰性であった。

頸部超音波検査：甲状腺左葉～峡部にかけて2.5 × 2.1 × 1.6 cm 大の一部に境界部低エコー帯を伴う充実性腫瘍を認めた。境界は明瞭、辺縁はやや不整、内部不均一、血流は腫瘍周辺に

〈症例報告〉

腎癌術後24年目に診断した孤立性甲状腺転移の1例

抄録 転移性甲状腺癌において原発部位は腎癌が最も多いとされているが、今回腎癌術後24年と長期間経過後に孤立性甲状腺転移の症例を経験したので報告する。症例は68歳、女性。既往歴に右乳癌、両側肺癌、左腎癌あり。右乳癌温存術後の放射線治療目的に前医より当院放射線治療部に紹介。位置決めCTで甲状腺右葉腫瘍を指摘され当科紹介。頸部超音波で甲状腺右葉に約3 cm大の被膜を有する低エコー腫瘍を認めた。穿刺吸引細胞診で良性との結果で経過観察としていた。その後、腫瘍の増大を認めたため、手術を勧め、甲状腺右葉切除術を行った。術後病理検査で腎癌（淡明細胞癌）の転移との診断であった。その後当院泌尿器科に紹介し、全身精査するも明らかな遠隔転移なく経過観察となっている。腎癌術後に甲状腺腫瘍を認める場合は転移の可能性を考慮する必要があると考える。

doi:10.11482/KMJ-J202248035（令和4年7月23日受理）

キーワード：転移性甲状腺癌、孤立性甲状腺転移、腎細胞癌

はじめに

転移性甲状腺癌は腎癌の頻度が比較的高く、半数以上が腎癌の転移との報告がある¹⁾。今回我々は、腎癌術後24年目に甲状腺右葉の結節性甲状腺腫に対して甲状腺右葉切除術を施行し、腎癌の転移と診断した症例を経験したので報告する。

症 例

症例：68歳、女性

現病歴：右乳癌温存術後の放射線外照射目的に前医より当院放射線治療部に紹介。位置決めCTで甲状腺右葉腫瘍を指摘され精査目的に当科紹介。頸部超音波検査で甲状腺右葉に約3 cm

大の被膜を有する低エコー腫瘍を認めた。穿刺吸引細胞診で良性との診断であり経過観察の方針となる。1年半後の定期受診の際に腫瘍の増大を認め、手術の方針となった。

既往歴：右乳癌（2年前、右乳房部分切除術＋センチネルリンパ節生検、粘液癌、pT1c, pN0, M0, pStage I A）、左肺癌（2年前、左舌区切除術、肺腺癌、pT1a, pN0, M0, pStage I A）、右肺癌（24年前、右下葉切除術、肺腺癌、pT1b, pN0, M0, pStage I A）、左腎癌（24年前、左腎摘出術、淡明細胞癌、pT2b, pN0, M0, pStage II）

家族歴：特記すべき事項なし

身体所見：触診では甲状腺右葉に表面平滑。

⟨Regular Article⟩

Longitudinal change of postoperative serum anti-thyroglobulin antibody levels in patients without total thyroidectomy and remnant ablation

ABSTRACT **Background:** There is little information regarding postoperative anti-thyroglobulin antibody (TgAb) changes in patients without a total thyroidectomy and ablation. This study aimed to analyze the longitudinal change of TgAb levels in patients with remnant thyroid.

Methods: The study group were patients who had undergone a non-total thyroidectomy for papillary thyroid carcinoma from 1996 to 2018. The median follow-up period of measurement serum Tg and Tg Ab was 3.5 years (1-7.5 years). Eligible patients had a combined serum Tg and TgAb measurement at least three times biannually. We excluded patients with thyroid dysfunction at the initial diagnosis or with papillary carcinoma who had persistent or any recurrence of disease.

Results: A total of 209 patients were enrolled. In the preoperative analysis, 41 (31%) patients had positive TgAb values, and 91 were negative (69%). Seventeen years after the operation, a TgAb value over 800 IU/ml was not seen. The positive TgAb ratio was stable for 12 years (20%-30%); however, its positivity gradually increased from 13 years onward to 45.5%. The number of patients with consistently negative and positive TgAb values was 140 (67.0%) and 47 (22.5%), respectively. The number of patients with a mixture of positive and negative TgAb values was 10 (4.8%). The number of patients who changed from positive to negative values was six (2.9%) and, inversely, six (3.9%).

Conclusions: We found positivity of TgAb after surgery gradually increases up to 45.5% over about 10 years in patients with normal remnant thyroid. We might continue to measure both serum Tg and TgAb values concurrently for the patients with remnant thyroid tissue throughout.

doi:10.11482/KMJ-E202248201 (Accepted on November 28, 2022)

Key words : Thyroglobulin, Anti-thyroglobulin antibody, Non-total thyroidectomy, Postoperative, Thyroid tumor

特集 1

第35回日本内分泌外科学会総会から「良性甲状腺結節のマネジメント」

当院での良性甲状腺結節治療の検討

甲状腺良性結節のマネジメントと治療，特に手術適応については明確なエビデンスに基づく基準によった適応や一貫した治療方針は定められていない。甲状腺腫瘍診療ガイドライン2010や甲状腺結節取扱い診療ガイドライン2013に良性結節に手術を選択する条件について記載があるが，各施設において独自の基準に基づき加療されている。当科では手術適応として腫瘍径40mm以上，もしくは40mm未満でも有症状である事，穿刺吸引細胞診で術前良悪性鑑別困難並びに患者機能（美容など）を適応の原則基準としている。

今回，術前非悪性甲状腺腫瘍の診断で手術を施行した患者の臨床的指標に関する研究として，当科での良性甲状腺結節治療（手術症例とその病理結果）について後方視的に検討したので概説する。

2018年1月から2022年12月までに当科において術前に非悪性甲状腺腫瘍と診断され手術に至った128症例の術前穿刺吸引細胞診の結果，腫瘍径，サイログロブリン値，術後病理結果などを後方視的に検討した。術前の穿刺吸引細胞診（Fine needle aspiration cytology : FNAC）が良性であった症例の術後病理検査結果は悪性7例，良性63例であり，良性的中率は90%であった。術前FNACが意義不明であった症例の術後病理結果は，悪性が15例，良性35例であり良性的中率は70%であった。術前FNACで検体不適正であった症例の6例ですべてが良性的の結果であった。術前FNACで悪性疑いの症例は1例であり，最終病理組織検査で良性であった。今回，当科で甲状腺腫瘍における術前診断が非悪性腫瘍で，手術に臨んだ最終病理組織検査結果では，悪性は23例（18.0%）となっており，濾胞癌11例，乳頭癌11例，未分化癌1例であり，現在の手術適応は概ね認容できると考えられた。

Key words: 手術 (surgery), 良性腫瘍 (benign tumors), 悪性腫瘍 (malignant tumors), 腫瘍様病変 (tumor-like lesions)

はじめに

良性甲状腺結節のマネジメントと治療に関しては，現在

一貫した治療方針は定められておらず，各施設によってばらつきがあるのが現状である。

甲状腺腫瘍診療ガイドライン2010ではガイドライン作成委員のコンセンサスとして 1. 大きな腫瘍を形成している 2. 増大傾向あり 3. 圧迫またはその他の症状 4. 整容性に問題がある 5. 超音波検査で癌が否定できない 6. 細胞診断で癌が否定できない 7. 縦隔内へ結節が進展している 8. 機能性結節である 9. サイログロブリンが異

研修実績一覧表

合計

点

申請者氏名

印

No.	学会名	内容	期間（西暦）	点数

不足のときはコピーしてください。

研修実績証明書コピー

(参加証及び修了証のコピーを添付して下さい。)

※上記の「研修実績一覧表」に記載された
証拠書類を添付してください。



第120回日本外科学会定期学術集会

The 120th Annual Congress of Japan Surgical Society

学術集会参加ID番号

上記のID番号は、各種資格(外科専門医、指導医、認定登録医)の申請、更新申請時などに使用できることがありますので大切に保管ください。

※日本外科学会会員はホームページ(<https://www.jssoc.or.jp>)より今回の定期学術集会参加記録が登録できます。

●[TOPページ]→[学術集会・セミナー]→[学術集会参加登録]→[学術集会参加ID番号登録]→本参加証に登録されているID番号を入力してください。

●同一のID番号を複数回入力することはできません。

●学術集会参加ID番号とWeb開催のログインに必要なIDは異なりますのでご注意ください。

参加証明書

No. 

氏名 

貴殿は、第120回日本外科学会定期学術集会に出席し、
研究討議に参加したことを証明いたします。

2020年8月13日(木)~15日(土)

第120回日本外科学会定期学術集会

会頭 北川雄光



領収証

No. 

会員 

第120回日本外科学会定期学術集会に参加費として、
上記金額を領収いたしました。

2020年8月13日(木)~15日(土)

第120回日本外科学会定期学術集会

会頭 北川雄光



第32回
日本内分泌外科学会総会
The 32nd Annual Congress of the Japan Association of Endocrine Surgeons

No. [REDACTED]

所属: [REDACTED]

氏名: [REDACTED]

WEB 学会ログイン ID [REDACTED]
WEB 学会ログインパスワード [REDACTED]

参加証

No. [REDACTED]

第 32 回日本内分泌外科学会総会に
参加したことを証明いたします。

LIVE 配信: 2020 年 9 月 17 日 (木) ~ 18 日 (金)
オンデマンド配信: 2020 年 9 月 24 日 (木) ~ 10 月 7 日 (水)

第32回日本内分泌外科学会総会

会長 酒井 英樹



領収書

No. [REDACTED]

☒ 会員・一般 [REDACTED]

☐ メディカルスタッフ [REDACTED]

参加費として領収いたしました。

LIVE 配信: 2020 年 9 月 17 日 (木) ~ 18 日 (金)
オンデマンド配信: 2020 年 9 月 24 日 (木) ~ 10 月 7 日 (水)

第32回日本内分泌外科学会総会

会長 酒井 英樹



No.

第 32 回日本内分泌外科学会総会 教育セミナー1 受講証明書

日時：オンデマンド配信 2020 年 9 月 24 日(木)～10 月 7 日(水)

セミナーテーマ：甲状腺癌取り扱い規約改訂について

座長：杉谷 巖（日本医科大学大学院医学研究科 内分泌外科学分野）

演者 1：伊藤 康弘（隈病院 治験臨床試験管理科、外科）「外科の解説-分化癌-」

演者 2：菅間 博（杏林大学医学部 病理学教室）「第 8 版甲状腺癌取り扱い規約における病理学的事項の変更点について」

取得単位：内分泌外科学会 研究業績：1 点/研究実績：2.5 点

外科学会領域講習：1 単位、泌尿器科学会領域講習：1 単位、耳鼻咽喉科学会領域講習：1 単位

受講者氏名：

ご所属：

会員番号：（日本外科学会）

（日本泌尿器科学会）

（日本耳鼻咽喉科学会）

専門医番号：（日本外科学会）

（日本泌尿器科学会）

（日本耳鼻咽喉科学会）

専門領域名：※外科学会所属の場合のみ

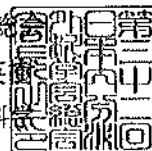
受講日時：2020 年 月 日

2020 年 10 月 7 日

第 32 回日本内分泌外科学会総会

会長 酒井 英樹

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科泌尿器科



（登録番号：15XX-200924-1-XX13-99【オンデマンド】）

No.

第 32 回日本内分泌外科学会総会 教育セミナー2 受講証明書

日時：オンデマンド配信 2020 年 9 月 24 日(木)～10 月 7 日(水)

セミナーテーマ：腹腔鏡下副腎摘除術の周術期管理

座長：酒井 英樹（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 泌尿器科学）

演者：井川 掌（久留米大学医学部 泌尿器科学講座）

取得単位：内分泌外科学会 研究業績：1 点/研究実績：2.5 点

外科学会領域講習：1 単位、泌尿器科学会領域講習：1 単位、耳鼻咽喉科学会領域講習：1 単位

受講者氏名：

ご所属：

会員番号：（日本外科学会）

（日本泌尿器科学会）

（日本耳鼻咽喉科学会）

専門医番号：（日本外科学会）

（日本泌尿器科学会）

（日本耳鼻咽喉科学会）

専門領域名：※外科学会所属の場合のみ

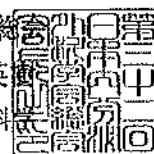
受講日時：2020 年 月 日

2020 年 10 月 7 日

第 32 回日本内分泌外科学会総会

会長 酒井 英樹

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科泌尿器科



（登録番号：15XX-200924-1-XX13-99【オンデマンド】）

第53回日本内分泌外科学会学術大会

The 53rd Annual Meeting of Japan Association of Endocrine Surgeons



No.

所属

氏名

参加証

No.

第53回日本内分泌外科学会学術大会に
参加したことを証明いたします。

2020年11月26日(木)～27日(金)

第53回日本内分泌外科学会学術大会

会長 筒井 英光



領収書

第53回日本内分泌外科学会学術大会

会長 筒井 英光



教育セミナー1・2

閲覧・受講
可能時間

11月26日(木) 8:30～終日
11月27日(金) ～21:00

※上記時間内は、いつでも視聴・受講いただけますが、11月27日については、
20時視聴開始までの受講者のみ受理されます。
それ以降の受講は受理されません。

- ・閲覧開始・閲覧終了時刻が運営準備室にて記録されます。
必ず「閲覧・受講可能時間(11月27日20時以降除く)」
内に受講をお願いいたします。
- ・閲覧後、5題質問が出題されます。
- ・受講者は80%以上の正解が必要となります。

No.

第53回日本内分泌外科学会学術大会 教育セミナー1 受講証明書

日時 : ライブ配信 2020 年 11 月 26 日 (木)～11 月 27 日 (金)
セミナーテーマ : 原発性・腎性副甲状腺機能亢進症の診断・治療の基本概論
座長 : 猪原 秀典 (大阪大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
演者 : 日比 八束 (藤田医科大学 内分泌外科)
「原発性・腎性副甲状腺機能亢進症の診断・治療の基本概論」
取得単位 : 内分泌外科学会 研究業績 : 1 点/研究実績 : 2.5 点
外科学会領域講習 : 1 単位
泌尿器科学会領域講習 : 1 単位、耳鼻咽喉科学会領域講習 : 1 単位

受講者氏名 :
ご所属 :
会員番号 (日本外科学会) :
会員番号 (日本泌尿器科学会) :
会員番号 (日本耳鼻咽喉科学会) :
専門医番号 (日本外科学会) :
専門医番号 (日本泌尿器科学会) :
専門医番号 (日本耳鼻咽喉科学会) :
専門領域名 ※外科学会所属の場合のみ :
受講日時 :

2020年11月26日

第53回日本内分泌外科学会学術
会長 筒井 英
(東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分科)



(登録番号 : 15XX-201126-1-XX13-99 【ライブ配信】)

症例数報告書

専門医氏名 _____ 印 _____

甲状腺

_____ 計 _____ 例

副甲状腺

_____ 計 _____ 例

副腎

_____ 計 _____ 0 例

その他の外科手術数（外科専門医を基本にするもののみ）

_____ 計 _____ 0 例

総計 _____ 0 例

注：外科を基本領域とする専門医は内分泌外科領域最低 50 例、他の外科疾患手術も含めて 100 例以上となります。内分泌外科領域のみで 100 例以上でも可能です。

*受付番号

内分泌外科専門医申請の診療実績一覧表（外科領域以外が使用）

施設名

診療科長名 印

甲状腺・副甲状腺 副甲状腺・副腎 副甲状腺のみ 副腎のみ 他外科疾患

(↑非該当を消してください)

申請者氏名 _____ 印 _____

[illegible]

注1) 症例 No.は用紙番号の順に通し番号を記入。施設ごとに別用紙を使用。

注2) 役割分担は、指導者または術者、助手の区別を記載のこと

注3) 必要に応じてコピーしてください。

注4) 専門領域が外科の方はNCD登録での提出になります。

1 件目 ~ 20 件目 を表示 (全 29 件)

施設名	利用可否(NCD施設会員)	手術日 ▼	術式	担当者区分	ステータス
	○	2024/04/22	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (未承認)
	○	2023/12/20	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2023/11/15	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2023/09/25	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2023/06/21	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2023/04/12	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2023/02/08	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2023/02/05	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2022/12/26	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2022/11/09	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2022/11/07	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2022/10/26	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2022/09/05	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2022/08/29	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2022/07/25	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2022/07/15	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2022/01/25	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	術者	完了 (承認済)
	○	2021/12/08	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2021/10/20	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2021/08/16	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)

21 件目 ～ 29 件目 を表示 (全 29 件)

施設名	利用可否(NCD施設会費)	手術日 ▼	術式	術者区分	ステータス
	○	2021/06/28	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2021/06/21	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2020/12/14	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2020/10/28	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2020/09/14	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2020/09/09	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2020/03/04	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	助手	完了 (承認済)
	○	2020/02/19	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	術者	完了 (承認済)
	○	2020/02/05	甲状腺バセドウ手術 (全摘)	術者	完了 (承認済)

1 件目 ～ 14 件目 を表示 (全 14 件)

施設名	利用可否(NCD施設会費)	手術日	術式	術者区分	ステータス
	○	2022/06/08	甲状腺部分切除術 (甲状腺腫摘出術・片葉)	助手	完了 (承認済)
	○	2020/12/23	甲状腺部分切除術 (甲状腺腫摘出術・片葉)	助手	完了 (承認済)
	○	2020/12/04	甲状腺部分切除術 (甲状腺腫摘出術・片葉)	助手	完了 (承認済)
	○	2020/11/16	甲状腺部分切除術 (甲状腺腫摘出術・片葉)	助手	完了 (承認済)
	○	2020/11/09	甲状腺部分切除術 (甲状腺腫摘出術・片葉)	助手	完了 (承認済)
	○	2020/10/26	甲状腺部分切除術 (甲状腺腫摘出術・片葉)	助手	完了 (承認済)
	○	2020/09/16	甲状腺部分切除術 (甲状腺腫摘出術・片葉)	助手	完了 (承認済)
	○	2020/08/31	甲状腺部分切除術 (甲状腺腫摘出術・片葉)	助手	完了 (承認済)
	○	2020/08/26	甲状腺部分切除術 (甲状腺腫摘出術・片葉)	助手	完了 (承認済)
	○	2020/08/03	甲状腺部分切除術 (甲状腺腫摘出術・片葉)	助手	完了 (承認済)
	○	2020/07/20	甲状腺部分切除術 (甲状腺腫摘出術・片葉)	助手	完了 (承認済)
	○	2020/02/19	甲状腺部分切除術 (甲状腺腫摘出術・片葉)	助手	完了 (承認済)
	○	2020/01/20	甲状腺部分切除術 (甲状腺腫摘出術・片葉)	術者	完了 (承認済)
	○	2020/01/15	甲状腺部分切除術 (甲状腺腫摘出術・片葉)	助手	完了 (承認済)

1 件目 ～ 3 件目 を表示 (全 3 件)

施設名	利用可否(NCD施設会費)	手術日 ▼	術式	術者区分	ステータス
	○	2020/10/26	甲状腺部分切除術（甲状腺腫摘出術・両葉）	助手	完了（承認済）
	○	2020/04/01	甲状腺部分切除術（甲状腺腫摘出術・両葉）	術者	完了（承認済）
	○	2020/01/29	甲状腺部分切除術（甲状腺腫摘出術・両葉）	術者	完了（承認済）

1 件目 ～ 7 件目 を表示 (全 7 件)

施設名	利用可否 (NCD施設会費)	手術日 ▼	術式	検査区分	ステータス
	○	2023/06/07	補充的甲状腺全摘術	助手	完了 (承認済)
	○	2023/04/17	補充的甲状腺全摘術	助手	完了 (承認済)
	○	2022/10/19	補充的甲状腺全摘術	助手	完了 (承認済)
	○	2022/10/19	補充的甲状腺全摘術	助手	完了 (承認済)
	○	2022/04/16	補充的甲状腺全摘術	助手	完了 (承認済)
	○	2020/06/29	補充的甲状腺全摘術	助手	完了 (承認済)
	○	2020/03/11	補充的甲状腺全摘術	助手	完了 (承認済)

MIZUHO

みずほATMコーナー | ご利用明細票

ご利用ありがとうございます。
内容をご確認のうえ、必ずお持ち帰りください。

みずほ銀行

お取引日

残高・振替等の口座番号

*

10,000

お取引内容

電信振込

明細

利用手続

0810****

新宿新都心

時間外手数料は無料と
させていただきます。

お申し込み
お申し込み

お申し込み

発

5

裏面へみずほへからのお知らせがあります。