

研修症例実施報告書

西暦 年 月 日

東京都医師会長 殿

所在地 : _____

研修施設名 : _____

管理者名 : _____ 印

研修医師氏名 ()

No.	年月日	内 容 1 人工妊娠中絶手術 2 流産手術	妊娠 週数	主任指導医名
1		1 ・ 2		
2		1 ・ 2		
3		1 ・ 2		
4		1 ・ 2		
5		1 ・ 2		
6		1 ・ 2		
7		1 ・ 2		
8		1 ・ 2		
9		1 ・ 2		
10		1 ・ 2		

※必要事項を記入または○で囲んでください

【東京都医師会 母体保護法指定医師の指定基準（抜粋）】

2 技能

指定医師は、都道府県医師会が指定する研修機関において、一定期間産婦人科医としての専門知識を修め、手術及び救急処置法等の手技を修得しかつ下記要件を具備すること。

(1) 医師免許取得後5年以上経過しており、産婦人科の研修を3年以上受けたもの又は産婦人科専門医の資格を有するもの。

(2) 研修期間中に、10例以上の人工妊娠中絶手術*又は流産手術の实地指導を受けたもの。

ただし、その内5例以上の人工妊娠中絶手術*を含むこととする。(*薬物のみによる人工妊娠中絶は症例数に含めない)

なお、指定医師の指定を受けるために研修を受けている医師については、原則として所属する指定医師研修機関及びその指定医師研修機関の連携施設（以下、「指定医師研修連携施設」という）で指導医の直接指導の下においてのみ人工妊娠中絶手術ができる。