

【様式1】

平成 年 月 日

日本サイコオンコロジー学会認定登録医制度委員会 殿

所属機関・職名

申請者氏名

⑩

日本サイコオンコロジー学会認定登録精神腫瘍医認定申請書

日本サイコオンコロジー学会認定登録精神腫瘍医の資格申請をいたしたく、下記の通り所定の関係書類を添えて申し込みます。

記

1. 履歴書（様式2）
2. 医師免許証（写し）
3. 日本サイコオンコロジー学会主催の講習会への参加証（写し）またはがん医療を専門とする医師の学習プログラムeラーニングの履修を証明するもの。
4. 学会のホームページへの氏名、所属名の掲載承諾書（様式3）
5. 精神腫瘍医として担当した患者または家族の症例リスト（計15症例・様式4）
6. 精神腫瘍医として担当したがん患者2例のケースレポート（様式5および別添資料）
7. 審査料振込証明書（写し）

以上

【様式2】

履 歴 書

(年号は西暦でご記入ください)

フリガナ					
氏 名					
生年月日	年	月	日生 (歳)	性 別	男・女
所属施設				役職名	
所属機関 住 所	〒				
電 話		FAX		E-mail	
自宅住所	〒				
電 話		FAX		E-mail	
学 歴	出身校： 年 月				卒業
本学会 入会日	年	月	日入会	本学会 会員番号	7 1 3 - -
医師資格	年	月	日取得	医籍登録 番号	第 号
職歴* (診療科名を 明記)	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		

*がん医療に携わった勤務先を優先して記載すること

【様式3】

一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会
代表理事 殿

承 諾 書

私は、登録精神腫瘍医に認定された際は、氏名および所属施設名が日本サイコオンコロジー学会のホームページに掲載されることを承諾いたします。

平成 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

以 上

【様式4】

平成 年 月 日

日本サイコオンコロジー学会認定登録医制度委員会 殿

所属機関・職名

申請者氏名



精神腫瘍医として担当した患者または家族の症例リスト
(計 15 症例、申請時から過去 5 年以内の症例を有効とする。)

症例 番号	年齢	性別	がんの種類	精神医学的な診断名 (DSM or ICD。正常反応の場合はその旨記載。)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

【様式5】

平成 年 月 日

日本サイコオンコロジー学会認定登録医制度委員会 殿

所属機関・職名

申請者氏名

印

精神腫瘍医として担当したがん患者2例のケースレポート

(2例は、適応障害、うつ病(大うつ病)、せん妄等とするが、診断がつかない精神心理的苦痛やがん患者・家族、遺族へ対応したケースを含めてよいものとする。申請時から過去5年以内の症例を有効とする。)

1. 本様式を表紙として使用し、左上肩をホッチキスでとめる。
2. 2例は、様式4の症例リストに含まれるケースでよい。
3. ワープロを使用し、文字の大きさは10-12ポイント、A4用紙を縦にして横書きで1頁40字×30行程度とする。字数は1,500-2,000字程度とする。
4. ケースレポートに含める内容は、[症例]、[既往歴]、[現病歴]、[初診時所見、診断とその根拠]、[治療方針]、[治療経過]、[考察]を必須とし、必要に応じて、[生育歴]、[家族歴]、[主訴]、[病前性格]、[チーム医療における精神腫瘍医としての役割]、[家族へのサポート]等を追加する。
5. プライバシーに配慮し、適宜、背景情報などを変更すること。がん患者、家族の診療に従事する精神腫瘍医としてふさわしい姿勢が重視されるので、患者に対する身体・心理・社会・倫理的側面を総合的に考慮した内容が求められる。

[症例一覧]

精神医学的診断	がんの診断名、レポートの字数 (例 肺がん、1920字)