

症例一覧

(50例の症例を記載下さい)

専門医番号 ○○○○○○○○
 申請者氏名 ○○○○
 所属機関名 ○○○○○○病院

※ 周術期の短期疼痛管理については、術後3日間の疼痛管理を行った症例報告は含まれます。No.は1～50です。

※ 治療機関名は上記所属機関と異なる場合のみご記入下さい。

※ 症例報告へ初出の際には略語ではなく、オリジナルの単語でご記入下さい。

※ 治療法が薬物療法の場合には、薬剤名のみご記入下さい。

※ 最新治療日は直近の5年以内となります。



No.	治療機関名
患者イニシャル ○.○.	初診日 20○○/○○/○○ 最終診療日 20○○/○○/○○
患者性別 ○	病名 脊椎手術後症候群
患者年齢 ○○	治療法 星状神経節ブロック, 脊髄刺激療法(trial), リリカ®

No.	治療機関名
患者イニシャル ○.○.	初診日 20○○/○○/○○ 最終診療日 20○○/○○/○○
患者性別 ○	病名 皮膚筋炎, 骨粗鬆症, 変形性腰椎症
患者年齢 ○○	治療法 腰部硬膜外ブロック, ププレノルフィン貼付剤

No.	治療機関名
患者イニシャル ○.○.	初診日 20○○/○○/○○ 最終診療日 20○○/○○/○○
患者性別 ○	病名 慢性会陰部痛
患者年齢 ○○	治療法 デュロキシセチン, バルプロ酸

No.	治療機関名
患者イニシャル ○.○.	初診日 20○○/○○/○○ 最終診療日 20○○/○○/○○
患者性別 ○	病名 特発性三叉神経痛
患者年齢 ○○	治療法 三叉神経末梢枝ブロック(神経破壊薬使用)

No.	治療機関名
患者イニシャル ○.○.	初診日 20○○/○○/○○ 最終診療日 20○○/○○/○○
患者性別 ○	病名 脳腫瘍後難治性下肢痛(中枢性神経障害痛)
患者年齢 ○○	治療法 ترامール®, リリカ®

No.	治療機関名
患者イニシャル ○.○.	初診日 20○○/○○/○○ 最終診療日 20○○/○○/○○
患者性別 ○	病名 脊椎手術後症候群
患者年齢 ○○	治療法 椎間関節ブロック

No.	治療機関名
患者イニシャル ○.○.	初診日 20○○/○○/○○ 最終診療日 20○○/○○/○○
患者性別 ○	病名 耳介側頭神経痛, 僧帽筋筋膜炎
患者年齢 ○○	治療法 浅側頭神経ブロック, トリガーポイント注射

No.	治療機関名
患者イニシャル ○.○.	初診日 20○○/○○/○○ 最終診療日 20○○/○○/○○
患者性別 ○	病名 頰椎症性神経根症
患者年齢 ○○	治療法 星状神経節ブロック

No.	治療機関名
患者イニシャル ○.○.	初診日 20○○/○○/○○ 最終診療日 20○○/○○/○○
患者性別 ○	病名 恥骨結合部骨粗鬆症性脆弱骨折
患者年齢 ○○	治療法 ترامール®, リハビリテーション

No.	治療機関名 ○○病院(上記所属機関と異なる場合のみ記入)
患者イニシャル ○.○.	初診日 20○○/○○/○○ 最終診療日 20○○/○○/○○
患者性別 ○	病名 中心性頸髄損傷, 神経障害痛
患者年齢 ○○	治療法 ترامール®, デュロキシセチン, バルプロ酸