

一般社団法人日本心エコー図学会
第6回心エコー図専門医試験実施要項

1. 試験日程・試験方法

一次審査 受験要件および提出症例審査

申請受付期間 2026年5月1日(木)～5月31日(土)

受験者への審査結果報告 2026年9月中旬

二次審査 筆記試験及びビデオによる症例判読試験

試験日 2026年11月3日(火・祝)

一次審査に合格した者のみが二次審査を受験できる。

2. 試験会場

二次審査 ブリーゼプラザ(大阪市北区)(予定)

試験会場は一次審査結果と同時に通知する。

3. 受験資格

1) 受験申請時に日本心エコー図学会会員であること。会員歴は問わない。

2) 受験申請時、有効な日本循環器学会専門医資格または日本小児循環器学会専門医資格を有すること。

3) 心エコー図学に関する論文(※注1)を筆頭著者として1編以上(英文、和文の別は問わないが査読を経て掲載されたものに限る。査読中の論文については、申請は可能であるが申請期間中に論文が採択されなければ受験は認められない。なお学会抄録は論文とは認めない)を有すること。

4) 2026年度日本心エコー図学会年会費を完納していること。

5) 専門的心エコー図検査を実施した症例としてレポートを提出できるレベルの経験を20例以上有し、当該症例のレポートを提出できること。但し、日本超音波医学会超音波専門医は一次審査における経胸壁心エコー図症例の提出が免除される。また当会SHD心エコー図認証医は一次審査における経食道心エコー図症例の提出が免除される。

4. 受験申請方法

申請方法の詳細は学会ホームページで確認すること。

1) 受験料 30,000円を納付期限までに、必ず申請者本人の名義で口座に納付する(※注2)。

納付期間 5月1日～5月31日

納付先 三菱UFJ銀行 新大阪支店(しんおおさかしてん)

普通預金 0290070 一般社団法人日本心エコー図学会認定専門医

- 2) 学会ホームページから心エコー図専門医試験受験申請書のダウンロードを行う。
- 3) 学会ホームページから受験の申請を行い、申請書類・顔写真をアップロード（※注3）する。

5. 申請書類

(1) 受験申請書 【様式1】（※注4）

(2) 症例は【様式2】を用いて症例一覧を、【様式3】にて考察を提出する。

※提出書類には申請月に作成されたレポートを含めても差し支えないが、申請書の提出期限は厳守とする。

- a. 提出する症例数は20例とする（3. 受験資格の5）の要件）
 - b. 提出用の既定のフォーマットには検査目的、最終診断、診断に至る考察を必ず記入し、症例の診断や病態の把握に必要な心エコー所見の記載とその根拠となった画像の添付を行う。（レポート例を参照のこと）必ずキー画像を添付すること。
 - c. 所見用紙については院内検査報告書のコピーを添付する。報告書上に、施行医または読影医として申請者の名前が記載されていなければならない（※注7）。
 - d. 提出症例の内訳は、弁膜症3例、虚血性心疾患3例、先天性心疾患3例、心筋症・心膜疾患3例を含むものとする。ただし、小児循環器専門医の申請者は虚血性心疾患は必須でなく、他領域の3例で代替できる。
 - e. 20症例の中に、経胸壁心エコー図検査に追加して経食道心エコー図検査を施行した4症例と経胸壁心エコー図検査に追加して負荷心エコー図検査を施行した1症例を含めなければならない。それらの症例に関しては、経胸壁心エコー図の院内検査報告書のコピーに加え、経食道心エコー図検査あるいは負荷心エコー図検査（※注6）の院内検査報告書のコピーも提出する。また【様式3】に、経食道心エコー図検査、負荷心エコー図検査を施行した理由とその所見についても記載する。なお、経食道エコーまたは負荷心エコーを行った理由がわかるように、【様式3】に経胸壁エコーの簡単な所見も記載すること。経胸壁エコーの簡単な所見が記載されていない症例（経食道または負荷心エコー図検査のみ）のレポートは認めない。ただし、小児循環器専門医の申請者は負荷心エコー図検査を胎児心エコー図検査で代替できる。この場合は、経胸壁心エコー図検査を含まなくてよい。
 - f. 様式2・3には所属や検査日を記入する欄があるが、これらの情報は審査に必要な項目のため、ここでは正確に記入する。様式2・3における施設名や検査日は個人情報としては取り扱わない。なお、レポート内に含まれる画像等に記載された情報につきましても、個人情報として取り扱う。※レポート上の氏名にはマーカー等は引かない。
- (3) 日本循環器学会専門医または日本小児循環器専門医として現在認定されていることを確認できる認定証のコピー

(4) 日本超音波医学会認定超音波専門医として現在認定されていることを確認できる
認定証のコピー（保有者のみ）

(5) 受験票貼付用の顔写真データ 1 点

ファイル形式：jpg ファイル（参考：960×1,280 ピクセル程度）

条件：肩（胸）から上の顔写真。正面・脱帽で本人が確認できるもの。

※【重要】事務局は受理した書類を返却しない。

6. 審査結果通知

受験者への審査結果報告 2026 年 12 月下旬ごろ

審査合格者が心エコー図専門医の認定を受けるために認定料 10,000 円を納付しなければならない。

※注意事項

1、心エコー図学に関する論文は、研究の方法として心エコーが用いられた論文とする。

・原著論文については心エコー図検査を主体とした論文が望ましいが、少なくとも、方法と結果に心エコー図検査の所見があるもの。

・症例報告については心エコー図を主体としたもの。

当てはまらないものは不受理となることがあります。

2、納付された審査料は理由の如何を問わず一切返金しない。

3、申請書類・顔写真のアップロードの方法は、ホームページを参照すること

試験申請者は提出書類の控え一式を5年間保存し、一般社団法人日本心エコー 図学会から提出の指示があった場合は速やかに提出すること。

4、申請者氏名は自筆であること

5、個人情報は完全にマスキングすること。レポート内の画像にある個人情報もマスキング対象とする。個人情報が記載されている書類をアップロードする際は、該当箇所に文字が透けない白無地の紙またはシールを貼付し、その状態をスキャンした書類を提出すること。なお、個人情報を黒色マジック等で直接塗りつぶしただけの書類をアップロードされた場合は、当該情報の判読可否にかかわらず失格とする。

不十分なマスキング（透けて見えるなど）により、個人情報が読み取れる場合は審査とし、不合格とする。

個人情報の対象は、以下の項目とする。

・患者氏名およびイニシャル、ID（個人番号）、患者住所、生年月日

・他の情報と照合することで患者が特定される可能性がある他の情報

○施設名および所在地

○患者が特定される生検・剖検・画像情報等の番号

○受診日・入院日・過去の検査日・時間など特定の日付がわかるもの

○画像上（様式3・添付レポートいずれも）のすべての日付・時間（検査日時含む）、施設名

○紹介元の病院名

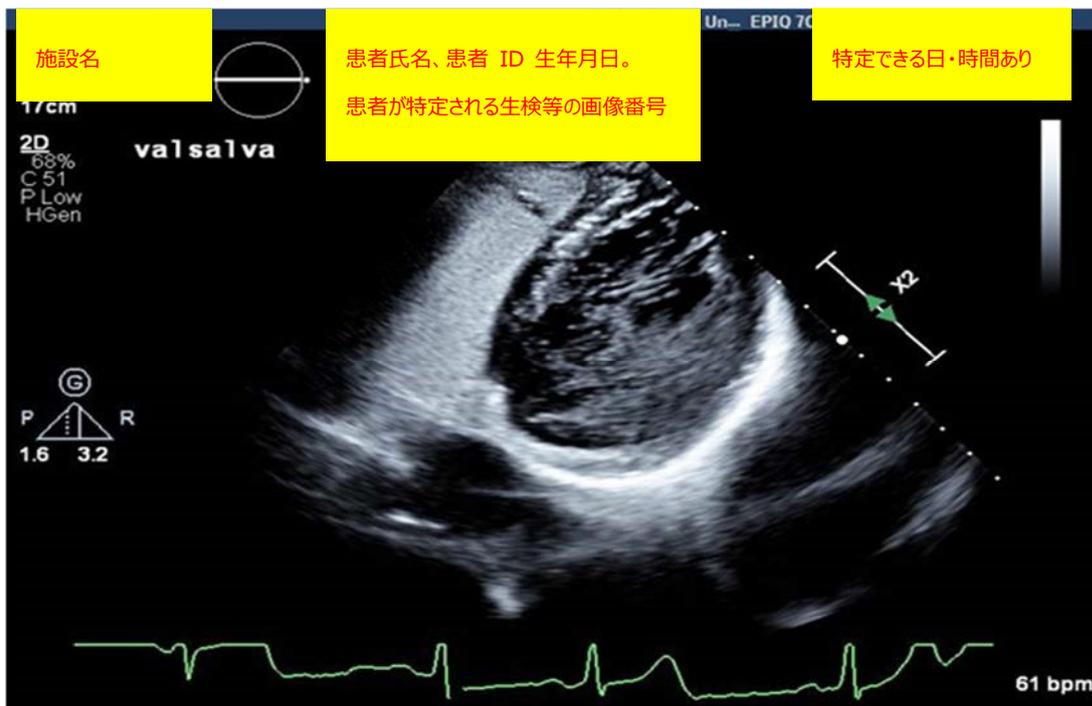
6、負荷心エコー図検査には運動負荷心エコー図（トレッドミル、エルゴメータ、ハンドグリッ プ、6分間歩行、マスター運動負荷など）および薬物負荷心エコー図（ドブタミン負荷心エコー図、ジピリダモールあるいは ATP 負荷による冠血流予備能検査）を含む。

7、報告書上に施行医または読影医として申請者の名前が記載されていない場合は、本人 および部門責任者の署名入りの理由書を添付すること。

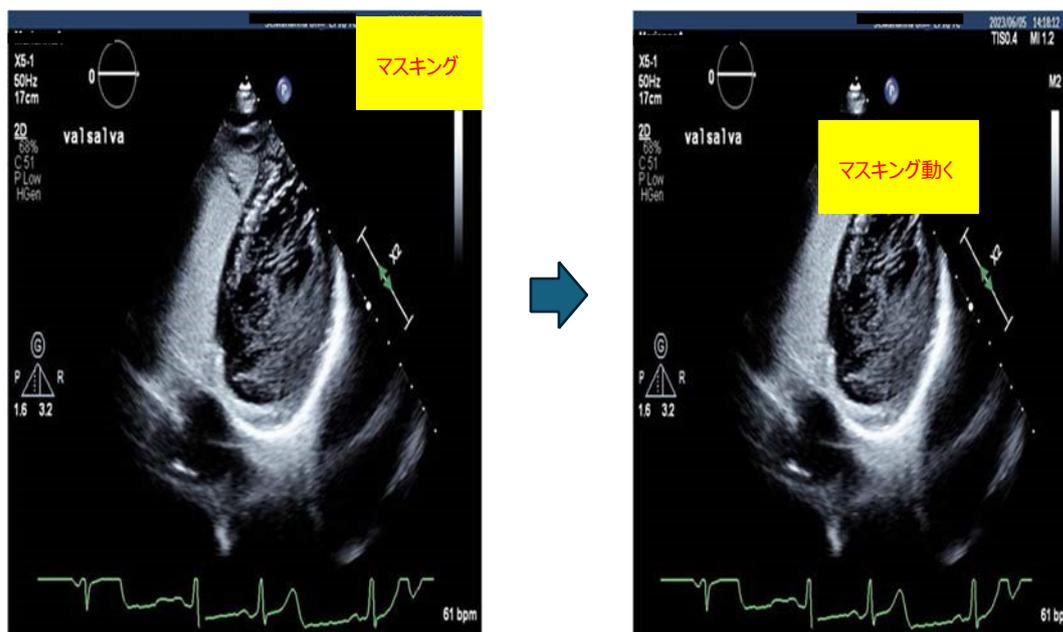
○個人情報のマスクングの事例

■様式3

・患者が特定できる、あるいは、他の情報と照合することで患者が特定される可能性がある情報は個人情報に当たるためマスクングが必要。



・マスクングはできているがマスクングを動かすことができる。このような状態は受理できません。



■院内報告書

※院内検査報告書についても様式3同様です。

・患者が特定できる、あるいは、他の情報と照合することで患者が特定される可能性がある情報は個人情報に当たるためマスキングが必要。マスキングを動かすことができるものは受理できません。

超音波検査報告書 (循環器系) US(循内)		検査日
患者ID: 生年月日:	患者名 患者 ID 生年月日	特定できる日・時間あり
依頼科: ***** 病棟: ***** 依頼医: *****	確定者 検査者 報告者	検査者や報告者には受験者の氏名が必要です。
検査目的	*****	
臨床診断	*****)	
検査目的	<input type="checkbox"/> 心内血栓評価 () <input type="checkbox"/> 感染性心内膜炎精査 () <input type="checkbox"/> 弁膜症 () <input type="checkbox"/> 術後 () <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()	
冠危険因子	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> その他 ()	
基礎疾患情報	<input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 慢性心不全 <input type="checkbox"/> CKD <input type="checkbox"/> Post AVR / MVR <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> ペーシング <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Post CABG	
臨床情報	<input type="checkbox"/> 挿管管理下 <input checked="" type="checkbox"/> 救急外来・病棟施行	
鎮静	<input checked="" type="checkbox"/> プロポフォール total (5) ml <input type="checkbox"/> ジアゼパム () ml	
手技遂行	<input checked="" type="checkbox"/> 円滑 <input type="checkbox"/> 挿入困難 <input type="checkbox"/> 頸静不十分 <input type="checkbox"/> 検査遂行困難 <input type="checkbox"/> 描出不良	
診断	# PFO	
Findings		
*****		施設名