

心エコー図の報告書を記載することは、検査を実施することと同じくらい重要です。

心エコー図の報告書の記載により、その患者が心臓カテーテル検査を受けることになったり、手術適応を検討されたりするからです。

そのためには、心エコー図の報告書は、単に所見を羅列するばかりではなく、解釈や判断を記載し、それを基に医師が診断したコメントが必要です。

どこまでが医師が記載して、どこまでが技師が記載したかを明確に区別することは必要ありません。全部技師が記載しても、医師がそれを添削し、最後に医師が確認していれば、よいと思います。検査を実施するのは技師で、医師がその場にはいない場合には、技師は、患者の病態を予測し、必要な所見を集め、必要な項目を計測し、観察します。

それを、検査を実施した者が、どうしてその項目を測定したのかをわかるような筋道の通った所見記載をして、医師が結論を導くことになります。

よって、委員会では、報告書の内容で次の点をポイントごとに加算しております。よって、このポイントが記載されていなかったり、筋道が立っていなければ、ポイントがつかず、低い点がつくことになります。

また、個人情報、審査委員がどのような方法をもってしても、生年月日、ID 番号、氏名など個人を特定できる情報が見えないように配慮しなくてはなりません。透かして見ると読める場合には、消去していないと判断します。個人情報の消し忘れがあれば、その報告書は大幅減点になります（まず合格点はつきません）。

報告書は、通常の貴施設で使用されているもの、そして日常臨床の報告書を提出して下さい。試験のために報告書を新たに作る事はしないで下さい。

もし、これを読んで、貴施設の報告書に足りない点があるのであれば、貴施設の報告書作成を見直して、基準を満たすように書くようにして下さい。

以下に注意点を記載します。

#### 画像

症例によっては、鮮明な画像が撮れない場合もあります。ですから、鮮明でないというだけで、減点にはなりません。

むしろ、きちんとした基本的断面が提出されているかがポイントです。それにより、この症例がどのくらい撮りやすいのか否かがわかるからです。鮮明でない画像で、左室径を計測しているのも不思議なことです。正しい、M モード設定がない場合には、どのように測定したかを報告書に記載しなくてははいけません。

ゲイン、フォーカスの設定が正しくされているかもポイントです。

鮮明な画像は加点となりますが、不鮮明な画像の場合には、それを補う画像、心窩部アプローチなどの工夫がされていれば、それで加点されます。

症例の特徴的な所見を示す画像を必ず入れて下さい（加対象になります）

#### 所見の記載

症例の診断や病態の把握に必要な所見を、もれなく記載して下さい。不鮮明で見えなかった所見、陰性所見も記載する必要があります。それを疑っているのですから（たとえば、感染性心内膜炎を疑っていれば、疣腫がないこと、新たな弁逆流がないこと、弁の破壊がないことなどを書いておく必要があります）

所見の重要度順に記載する様にしてください。感染性心内膜炎の疑いで依頼された心エコーで、最初の所見が、左室壁運動は正常で収縮駆出率は正常でしたと言う記載は、どう見ても、熟練した経験ある技師の報告書とは思えません。

また、重度の僧帽弁逆流があると記載したら、どのような所見（数値、ドプラの定性所見）からそう判断したのかという根拠の記載が必要です。あなたが、重度といっても納得させるには客観的所見の記載が必要です。検査室で、どのような所見を重度とするかを予め決めていると思います。それに基づき、記載すればよいのです。

#### 心機能評価

m-モードの左室径、左房径はガイドラインで使用されており、必須です。測定できない場合には、他の参考指標を示すべきです。シンプソン変法は実施してください。左室重量も重要です。拡張機能は包括的に測定し、症例によっては、肺静脈血流も測定すべきです。

#### 総括

このようなことをまとめて総括することが重要です。

左室機能が低下した大動脈弁閉鎖不全症ですとか

経胸壁心エコー図からは感染性心内膜炎の所見はありませんでした とか

拡張型心筋症（前回の心エコー図検査と収縮機能、拡張機能に変化なし）