（様式2）

症例経験報告書

特定指導医申請者　　　　　　　　　　　　　　㊞

1. 精神病性の昏迷または興奮

経験した　　経験年度　　　　年度　　診療録番号　　　　　　　\*

経験していない

1. 躁病エピソード

経験した　　経験年度　　　　年度　　　　　　　病院　　診療録番号　　　　　　　\*

経験していない

1. 自殺企図

経験した　　経験年度　　　　年度　　　　　　　病院　　診療録番号　　　　　　　\*

経験していない

1. 急性の精神作用物質中毒、精神作用物質離脱状態または精神作用物質による急性薬物精神病

経験した　　経験年度　　　　年度　　　　　　　病院　　診療録番号　　　　　　　\*

経験していない

1. せん妄

経験した　　経験年度　　　　年度　　　　　　　病院　　診療録番号　　　　　　　\*

経験していない

（注）上記5症例のうち4症例以上の経験がない場合は、特定指導医の申請はできません。

（注）診療録の確認をさせていただく場合があります。