書式11

（プロクタリング依頼書）

**婦人科ロボット支援手術　プロクタリング**依頼書

○依頼日（西暦年/月/日）：

○手術予定日（西暦年/月/日）：

○プロクタリング依頼者

　　氏　　　名：

　　所属施設：

　　e-mail：

○予定プロクター

　　氏　　　名：

　　所属施設：

　　e-mail：

○術式

ロボット支援術式名：

同術式：実施施設における症例数：　　　　　　 例目

同術式：プロクタリングを受ける症例数：　　　 例目

○その他のコメント：

* 手術における責任の所在については、原則として依頼側が負うが、あらかじめプロクタリング依頼側（病院および主治医、担当医）とプロクターの間で十分取り決めておくことを推奨します。
* 手術決定後、プロクターと委員会事務局に書式11をメール下さい。

プロクター制度委員会事務局　E-mail: [obgy@tokyo-med.ac.jp](mailto:obgy@tokyo-med.ac.jp)

書式12

（プロクタリング報告書）

**婦人科ロボット支援手術　プロクタリング**報告書

**記載年月日（西暦年/月/日）**：

○手術施行年月日（西暦年/月/日）：

○訪問指導施設／指導対象執刀医：

○プロクター

　　氏　　　名：

　　プロクター認定番号：

　　所属施設：

　　e-mail：

○術式

ロボット支援術式名：

同術式：実施施設における症例数：　　　　 例目

同術式：プロクタリングを受ける症例数： 例目

○機器トラブルの有無

　□　有　　　□　無

　 　内容（有の場合）：

○術中合併症の有無

□　有　　　□　無

内容（有の場合）

○その他のコメント：

* 手術終了後、当該施設と委員会事務局に書式12をメール下さい。

プロクター制度委員会事務局　E-mail: [obgy@tokyo-med.ac.jp](mailto:obgy@tokyo-med.ac.jp)