

CARE対応 症例報告 執筆・提出前確認シート

PT・OT・ST向け | CARE 2013の13項目を症例報告へ落とし込むための確認用シート

症例／演題名		確認日	
投稿先・学会／雑誌		版・締切	

No.	CARE項目	実務確認ポイント（独自要約）	確認	記載箇所・メモ
1	Title／タイトル	症例の主題が伝わり、症例報告であることを識別できる題名になっている	☐	
2	Key Words／キーワード	診断・介入など症例の中心を表す語と、症例報告を示す語を選んでいる	☐	
3	Abstract／抄録	独自性、主要所見、診断・介入・転帰、主な学びを簡潔にまとめている	☐	
4	Introduction／序論	この症例を報告する意義・独自性を、背景文献と区別して短く示している	☐	
5	Patient Information／患者情報	個人特定を避け、主訴・症状、関連する既往歴や生活背景、過去の介入を整理している	☐	
6	Clinical Findings／臨床所見	主題に関係する重要な身体所見・臨床所見を選び、不要な羅列を避けている	☐	
7	Timeline／タイムライン	発症・入院・介入開始・再評価・退院など、経過を時系列で追える	☐	
8	Diagnostic Assessment／診断評価	評価方法、診断上の課題、鑑別・診断、必要に応じて予後関連情報を整理している	☐	
9	Therapeutic Intervention／治療・介入	介入の種類、量・頻度・期間、段階づけ、変更した場合の理由を追える	☐	
10	Follow-up and Outcomes／経過・転帰	臨床家・患者評価の結果、再評価、実施状況・忍容性、有害または予期しない事象を確認している	☐	
11	Discussion／考察	症例の強み・限界、関連文献、結論の根拠、主な学びを区別して整理している	☐	
12	Patient Perspective／患者の視点	患者本人が介入や経過をどう捉えたかを、可能な範囲で記載している	☐	
13	Informed Consent／同意	投稿先・施設規定に沿って同意取得を確認し、必要な記載を準備している	☐	

症例報告の骨格メモ | 本文を書く前にここを固定

主題・Take-away	この症例で最も伝えたい1点：
Timeline	起点 → 介入開始 → 再評価 → 終了／退院：
介入量	狙い／手段／頻度・期間／段階づけ・変更理由：
主要アウトカム	主要指標・前後値・測定条件・患者評価：
投稿前確認	投稿規定／匿名化／Patient Perspective／Informed Consent：

注意：本シートはCARE公式チェックリストを置き換えるものではありません。提出時はCARE公式版と投稿先・施設規定を必ず確認してください。

参照：CARE 2013 Checklist <https://www.care-statement.org/checklist>