

日医かかりつけ医機能研修制度 実地研修 実施報告書

| | |
|---------|---|
| 1. 氏 名 | (フリガナ) |
| 2. 生年月日 | T S H 年 月 日生 |

■実地研修として本研修制度修了申請時の前3年間において下記項目より2つ以上実施していること。1項目実施につき5単位とし、10単位を取得する。

| 項 目 | 実施の有無 (○を記載)、または 具体的内容を記載してください。 |
|--|-------------------------------------|
| 1. 学校医・園医、警察業務への協力医 | |
| 2. 健康スポーツ医活動 | |
| 3. 感染症定点観測への協力 | |
| 4. 健康相談、保健指導、行政（保健所）と契約して行っている検診・予防接種の実施 | |
| 5. 早朝・休日・夜間・救急診療の実施・協力 | |
| 6. 産業医・地域産業保健センター活動の実施 | |
| 7. 訪問診療の実施 | |
| 8. 家族等のレスパイトケアの実施 | |
| 9. 主治医意見書の記載 | |
| 10. 介護認定審査会への参加 | |
| 11. 退院カンファレンスへの参加 | |
| 12. 地域ケア会議への参加（会議名は地域により異なる） | |
| 13. 医師会、専門医会、自治会、保健所関連の各種委員 | |
| 14. 看護学校等での講義・講演 | |
| 15. 市民を対象とした講座等での講演 | |
| 16. 地域行事（健康展、祭りなど）への医師としての出務 | |

※ その他、「社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等」として実施している活動があれば下記に記載してください。

17.

18.

19.

【郡市区医師会記入欄】（申請者が医師会会員の場合のみ）

申請者は「社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等」として、上記記載の活動を規定の期間内に実施していることを認めます。

医師会名

会長名
