

# 日医かかりつけ医機能研修制度

別添3

## 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。(※実施の有無欄に○を記載)

	項目	実施の有無		項目	実施の有無
1	学校医・園医、警察業務への協力医		11	退院カンファレンスへの参加	
2	健康スポーツ医活動		12	地域ケア会議への参加（会議名は地域により異なる）	
3	感染症定点観測への協力		13	医師会、専門医会、自治会、保健所関連の各種委員	
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（コロナワクチン含む）の実施		14	看護学校等での講義・講演	
5	早朝・休日・夜間・救急診療の実施・協力		15	市民を対象とした講座等での講演	
6	産業医・地域産業保健センター活動の実施		16	地域行事（健康展、祭りなど）への医師としての出務	
7	訪問診療の実施		17	その他 新型コロナウイルス感染症の患者受入・病床確保等	
8	家族等のレスパイトケアの実施		18	その他 新型コロナウイルス感染症に係る宿泊療養施設・臨時治療施設等での対応	
9	主治医意見書の記載		19	その他（内容を具体的に記載） 〔 〕	
10	介護認定審査会への参加		20	その他（内容を具体的に記載） 〔 〕	

【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

印