**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。（※実施の有無欄に〇を記載）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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（内容を具体的に記載） |  |
| 8 | 家族等のレスパイトケアの実施 |  | 18 | その他（内容を具体的に記載） |  |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |