

日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

群馬県医師会長 殿

日医かかりつけ医機能研修制度に基づき、下記の通り申請致します。

記入日【 平成 年 月 日】

1. 医師会入会状況	1. 会員 2. 非会員
2. 所属郡市区医師会名	医師会
3. 氏 名	(フリガナ)
4. 医籍登録番号	
5. 生年月日	T S H 年 月 日生
6. 医療機関名	
7. 医療機関住所	〒 -
8. 医療機関電話・FAX 番号	TEL: () - FAX: () -
9. 業務の種別	1. 開設者・管理者 2. 勤務医 3. 研修医 4. その他 ()
10. 基本研修 (本研修制度の <u>修了申請時において認定期間内である日医生涯教育認定証</u> の有無)	1. 有 2. 無
11. 応用研修 取得単位数	_____ 単位
12. 実地研修 取得単位数 (1項目につき 5 単位)	_____ 単位
13. 日医かかりつけ医機能研修制度の修了について、群馬県医師会ホームページで公開することを <input type="checkbox"/> 了承する <input type="checkbox"/> 了承しない (※ どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。)	

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修 受講報告書

1. 氏名	(フリガナ)
2. 生年月日	T S H 年 月 日生

- 応用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10単位を取得する。単位数については1～8の各項目につき最大2回までのカウントを認める。また、下記1～6についてはそれぞれ1つ以上の科目を受講することを必須とする。

参加証コピー等貼り付け欄

※各書類が確認できるよう貼り付けてください。サイズが大きい等の理由により貼り付けができない場合は、【別添2】(本用紙)にホッチキス止めする等の方法で添付してください。

【座学】(1)日医かかりつけ医機能研修制度応用研修会(日医主催(TV会議含む))

(2)本研修制度応用研修シラバスに基づき作成されたテキストを用いて実施される、
①都道府県医師会、②郡市医師会主催による研修会

1. かかりつけ医の倫理、質・医療安全、感染対策(各1単位)
2. 健康増進・予防医学、生活習慣病、認知症(各1単位)
3. フレイル予防、高齢者総合的機能評価(CGA)・老年症候群(各1単位)
4. かかりつけ医の栄養管理、リハビリテーション、摂食嚥下障害(各1単位)
5. かかりつけ医の在宅医療・緩和医療(1単位)
6. 症例検討(1単位)

参加証コピー等貼り付け欄

※各書類が確認できるよう貼り付けてください。サイズが大きい等の理由により貼り付けができない場合は、【別添2】(本用紙)にホッチキス止めする等の方法で添付してください。

【関連する他の研修会】

7. 地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会(日医主催(TV会議含む))の受講(2単位)
8. かりつけ医認知症対応力向上研修」の修了(1単位)

※ 参加証等を紛失した場合は記載下さい。医師会等で確認できるものについては受付いたします。

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年間に於いて下記項目より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・定期予防接種の実施	
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。

[]

【郡市医師会記入欄】（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