**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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

※併せて、当該活動を実施したことが確認できる書類等を２つ以上、ご提出をお願いいたします。

様式３