

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) 印
2. 生年月日	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・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.

【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。

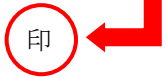
年 月 日 医師会名

会 長 名

印

記 入 例

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) タテヤマ タロウ 立山 太郎	※ハンコ 
2. 生年月日	 H 〇〇年 〇月 〇日生	

■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	〇〇学校校医、〇〇警察医等
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	〇〇市〇〇検診実施施設、〇〇予防接種実施施設、等
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	〇〇認定審査会委員
11. 退院カンファレンスへの参加	〇〇病院退院カンファレンス委員
12. 地域ケア会議への参加（会議名は地域により異なる）	〇〇会議委員
13. 医師会、専門医会、自治会、保健所関連の各種委員	〇〇委員会委員
14. 看護学校等での講義・講演	〇〇看護学校講師
15. 市民を対象とした講座等での講演	具体的な行事名等
16. 地域行事（健康展、祭りなど）への医師としての出務	具体的な行事名等

※ 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. 例：在宅医グループ（〇〇協議会、〇〇ネットワーク）参加、等

【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。

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

医師会名 郡市医師会名

会 長 名 会 長 名

印