

# 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

◇実地研修として修了申請時（基準日：12月31日）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が必要です（1項目実施につき5単位とし、計10単位以上を取得する）。

※実施している項目に○印をお付けいただき、実施内容を簡単にご記入下さい。

項 目	実施の有無	実施内容をご記入下さい
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.地域ケア会議等への参加		
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		
17.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		

【郡市医師会記入欄】（申請者が医師会員の場合のみ）

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