

日医かかりつけ医機能研修制度の申請について

申請期間は12月1日～1月31日までです。申請時に提出していただく書類は下記の通りです。記入漏れ等無いようご記入いただき、期日までに三重県医師会へご提出ください。様式3につきましては、所属郡市医師会 会長の捺印が必要ですので、ご注意ください。

なお、本研修制度申請には、審査・登録料がかかりますことを申し添えます。

記

申請書類

- ・日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書【別添1】
- ・日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修 受講報告書【別添2】
(申請時の12月31日から前3年間のものに限る)
- ・日医かかりつけ医機能研修制度 実地研修 実施報告書【別添3】
(郡市医師会長の承認が必要)

添付書類

日医生涯教育認定証 (コピー)
応用研修受講証明書 (コピー可)
関連する他の研修会の修了証等 (コピー可)

審査・登録料について

三重県医師会員：10,000円
三重県医師会会員外：20,000円

審査・登録料の送金 (振り込み) 先

百五銀行 本店
普通預金 No.212613
コウエキシャダンホウジン ミエケンイシカイ
公益 社団 法人 三重県 医師会
カイ チョウ に い しげる
会 長 二 井 栄

※ お振り込みの場合、金融機関の振込書をもって領収書にかえさせていただきますので、お手元に御保管下さい。特に領収書の必要な方は三重県医師会宛お申し出下さいますようお願い致します。

日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

三重県医師会長 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【 年 月 日】

1. 県医師会入会状況	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	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	

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	年 月 日生
3. 医師資格証による受講歴	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>

- 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1～11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。

受講証明書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。

【応用研修会】

- 「かかりつけ医の倫理」「かかりつけ医の質・医療安全」「かかりつけ医の感染対策」
- 「健康増進・予防医学」「生活習慣病」「認知症」「生活期リハビリの実際」「小児・思春期への対応」「メタボリックシンドロームからフレイルまで」
- 「フレイル予防、高齢者総合的機能評価 (CGA)・老年症候群」「医療保険と介護保険、地域包括ケアシステムの構築」「在宅医療、多職種連携」「地域医療連携と医療・介護連携」
- 「栄養管理」「リハビリテーション」「摂食嚥下障害」「社会的処方」「リーダーシップ、マネジメント、コミュニケーションスキル」「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割」
- 「かかりつけ医の在宅医療・緩和医療」「終末期医療、褥瘡と排泄」「認知症、ポリファーマシーと適正処方」「リハビリと栄養管理・摂食嚥下障害」
- 「症例検討」「多疾患合併症例」「在宅リハビリ症例」「地域連携症例」 (全27講義 各1単位)

受講証明書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】

- 「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)※の受講(2単位)
 ※都道府県医師会、郡市区医師会が主催する同内容の研修会を含む。
- 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の修了(1単位)
- 「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」の修了(1単位)
- 「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」の修了(1単位)
- 「日本医学会総会」への出席(2単位)

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	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
