

日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

長野県医師会長 殿

日医かかりつけ医機能研修制度に基づき、下記のとおり申請いたします。

申請日【 年 月 日】

1. 長野県医師会入会状況 ※該当に○	1. 会員	2. 非会員
2. 所属郡市医師会 ※非会員の場合は空欄	医師会	
3. 氏名	(フリガナ)	印
4. 医籍登録番号	第	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(会員)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	令和2～4年度のいずれかで日医生涯教育認定証を受領していることが要件です	
11. 応用研修 取得単位数 令和2年1月1日～令和4年12月31日において、応用研修単位を10単位以上取得することが要件です	_____ 単位 (10単位以上)	
12. 実地研修 実施数 令和2年1月1日～令和4年12月31日において、特定項目を2以上実施することが要件です	_____ (2以上)	

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

■応用研修単位を令和2年1月1日～令和4年12月31日において、下記項目より10単位取得することが要件となります。

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（重複）を認めます。

また、下記①～⑥については各1単位以上の取得が必須です。

【応用研修の単位一覧】

【必修単位】

- ① 「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」（各1単位）
- ② 「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・対策」（各1単位）
- ③ 「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」「地域リハビリテーション」（各1単位）
- ④ 「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」「かかりつけ医と精神科専門医との連携」（各1単位）
- ⑤ 「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」「オンライン診療のあり方」（各1単位）
- ⑥ 「多疾患合併症例」「在宅リハビリ症例」「地域連携症例」「新型コロナウイルス感染症とかかりつけ医」（各1単位）

【任意単位⑦～⑪】

- 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」の受講（2単位）
- ⑧ 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の修了（1単位）
- ⑨ 「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」の修了（1単位）
- ⑩ 「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」の修了（1単位）
- ⑪ 「日本医学会総会」への出席（2単位）

※受講した⑧～⑪の研修会に○を記入の上、受講証明書(コピー)を本用紙に添付ください。

1. 長野県医師会が実施した研修会

※県医師会で受講確認が出来るため受講証明書の写しを添付いただく必要はありません。

※日本医師会により、令和3年度から日本医師会 Web 研修システムを使用し、同様の内容で別日程にて2回分実施されておりますが、県医師会でも受講確認が可能のため、受講証明書の写しを添付いただく必要はありません。

①～⑥に該当【必修単位】必修単位が付与された研修会一覧

受講	研修会名	日時	会場
	日医かかりつけ医機能研修制度 令和2年度応用研修会	令和2年9月27日(日)	長野県医師会館他 テレビ会議
	日医かかりつけ医機能研修制度 令和3年度応用研修会	令和3年7月18日(日)	長野県医師会館他 Web講習会
	日医かかりつけ医機能研修制度 令和4年度応用研修会	令和4年8月7日(日)	長野県医師会館他 Web講習会

⑦に該当 ※全項目受講者のみ単位取得可能/2単位

受講	研修会名	日時	会場
	令和2年度 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	令和2年11月29日(日)	長野県医師会館
	令和3年度 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	令和3年10月17日(日)	長野県医師会館

2. 長野県医師会以外の団体主催の研修会

※受講証明書の写しを添付してください。

⑧に該当 かかりつけ医認知症対応力向上研修(各1単位)

(1) 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」

受講	日時	会場
	令和4年3月5日(土)	Web講習会

(2) 「認知症サポート医および認知症相談医フォローアップ研修」

受講	日時	会場
	令和4年1月29日(土)	Web講習会
	令和4年12月17日(土)	Web講習会

※⑨～⑪は令和2年1月1日～令和4年12月31日の期間に開催なし

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、令和2年1月1日～令和4年12月31日において、下記項目より2つ以上実施していることが要件となります。(1項目実施につき5単位とし、10単位の取得が要件です。)

実施項目に ○	項目
	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

※上記項目で10単位に満たない場合

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。郡市医師会長の承認があれば、上記項目と同様に1つにつき5単位として申請していただけます。内容によっては実地研修として認められない場合がありますのでご承知おきください。

・
・

【郡市医師会記入欄】

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