

(令和5年度申請分) 令和6年2月14日(水)までに所属の郡市区医師会へ提出して下さい。

日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

1. 所属郡市区医師会名	2. 医籍登録番号
3. 氏名 (フリガナ)	
4. 生年月日(西暦)	/ /
5. 医療機関名	
6. 医療機関住所	〒 -
7. 医療機関電話番号	
8. 業務の種別	1. 開設者・管理者 2. 勤務医 3. 研修医 4. その他 ※1~4のいずれかに○をご記入ください。

要件① 基本研修: 日本医師会生涯教育制度認定証を取得していること。(認定期間内であることが条件。)

要件② 実地研修: 社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等を2つ以上実践していること。(裏面の実地研修実施報告欄に記入。)

要件③ 応用研修: 下記研修会において10単位以上取得していること。同一の研修会での単位数については、合計 単位 最大2回までのカウントを認める。

※受講された研修会日の□にチェック(✓)の上、受講証明書のコピー等を右側に添付して下さい。

(1) 日医かかりつけ医機能研修制度応用研修会の受講(日本医師会及び福岡県医師会主催) ※各講義項目につき、2回までのカウントを認める。受講講義項目の詳細は、受講証明書にて確認させていただきます。											
令和3年度(各6単位)	<input type="checkbox"/>	令和3年7月18日	<input type="checkbox"/>	令和3年9月12日							
	<input type="checkbox"/>	令和3年11月14日									
令和4年度(各6単位)	<input type="checkbox"/>	令和4年8月7日	<input type="checkbox"/>	令和4年9月18日							
	<input type="checkbox"/>	令和4年10月30日									
令和5年度(各6単位)	<input type="checkbox"/>	令和5年8月27日	<input type="checkbox"/>	令和5年10月1日							
	<input type="checkbox"/>	令和5年11月3日									
(2) 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(各2単位) (日本医師会及び福岡県医師会主催) ※2回までのカウントを認める。											
令和3年度	<input type="checkbox"/>	令和3年12月19日	令和4年度	開催なし	令和5年度	開催なし					
(3) かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了(各1単位) ※2回までのカウントを認める。											
福岡県医師会主催	令和3年度	<input type="checkbox"/>	令和4年3月6日	令和4年度	<input type="checkbox"/>	令和5年2月26日	令和5年度	<input type="checkbox"/>	開催なし		
北九州市医師会主催	令和3年度	<input type="checkbox"/>	開催なし	令和4年度	<input type="checkbox"/>	令和4年10月5日・10月17日	令和5年度	<input type="checkbox"/>	令和5年10月27日・11月2日		
福岡市医師会主催	令和3年度	<input type="checkbox"/>	令和3年12月5日	令和4年度	<input type="checkbox"/>	令和4年12月4日	令和5年度	<input type="checkbox"/>	令和5年12月3日		
(4) かかりつけ医心の健康対応力向上研修の修了(1単位) ※2回までのカウントを認める。											
令和3年度	<input type="checkbox"/>	令和4年3月2日・3月10日	令和4年度	<input type="checkbox"/>	令和5年2月6日・2月16日	令和5年度	開催なし				
(5) かかりつけ医等発達障がい者地域包括支援研修の修了(各1単位) ※2回までのカウントを認める。											
令和3年度	<input type="checkbox"/>	令和3年12月12日	<input type="checkbox"/>	令和4年3月26日	令和4年度	<input type="checkbox"/>	令和5年3月3日	<input type="checkbox"/>	令和5年3月14日	令和5年度	開催なし
(6) 日本医学会総会への出席(2単位)											
令和5年度	<input type="checkbox"/>	令和5年4月21日~23日									

※今年度応用研修の単位として認められる研修会は、令和3年1月1日~令和5年12月31日までの期間に開催されたものが対象となります。令和6年1月1日以降に開催予定の研修会は、来年度申請の対象となります。

受講証明書を添付して下さい

「日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修」の単位として認められる研修会は、令和3年1月1日から令和5年12月31日までに実施された左記研修会のみとなります。

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。

日医かかりつけ医機能研修制度 実地研修 実施報告

■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. 地域ケア会議等への参加(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）

<p>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。</p> <p style="text-align: center;">医師会名</p> <p style="text-align: center;">会長名</p> <p style="text-align: center;">_____</p>
--