**別添２**

**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 |
| ３．医師資格証による受講歴 | 有 □　　　 　　　　　無 □ |

**受講証明書等のコピーを本用紙（別添２）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１～８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。

【座学】(1)日医かかりつけ医機能研修制度応用研修会

　　　 (2)本研修制度応用研修シラバスに基づき作成されたテキストを用いて実施される、

　　　　　 都道府県医師会、郡市区医師会主催による研修会

１．かかりつけ医の倫理、質・医療安全、感染対策（各１単位）

２．健康増進・予防医学、生活習慣病、認知症（各１単位）

３．フレイル予防、高齢者総合的機能評価（CGA）・老年症候群（各１単位）

４．かかりつけ医の栄養管理、リハビリテーション、摂食嚥下障害（各１単位）

５. かかりつけ医の在宅医療・緩和医療（１単位）

６．症例検討（１単位）

【関連する他の研修会】

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」等の受講（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）