令和８年度

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６年（2024 年）１月１日～令和８年（2026 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。）

項　　目	実施の有無（〇を記載）、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.

【地区医師会記入欄】

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。

地区名

会長名

※地区名･会長名の欄には「地区医師会長の自署＋印」または「地区名・会長名のゴム印」が必須となります。(上記の押印等がない場合は申請を受け付けることができませんのでご注意ください)