

重要なお知らせ

総合診療領域の専門研修プログラム申請書類の一部掲載について

総合診療専門研修プログラム申請書類の一部ではございますが「専門研修プログラムの概要と診療実績」につきまして掲載いたします。

他の申請書類につきましては、随時掲載してまいります。

よろしくお願ひ申し上げます。

記

◎総合診療領域の専門研修プログラム申請書類（一部）

専門研修プログラムの概要と診療実績（PDF）

※入力用のフォーマットは、近日中にアップいたします。全ての申請書類がホームページにアップするまで申請はお待ちくださるようお願い申し上げます。

1. プログラム名称
2. 専攻医定員
<p>原則1学年あたり2名とするが、増員を希望する場合はプログラム申請書Aの別紙5に理由と共に定員希望数を記載すること。</p>
3. プログラムの期間
<p>() 年間</p>
4. 概要
<p>A. プログラムを展開する場や医療施設の地域背景や特長</p>
<p>B. プログラムの理念、全体的な研修目標</p>
<p>C. 研修期間を通じて行われる勉強会・カンファレンス等の教育機会 (例) 定期的なTV会議システムによるカンファレンス・経験省察研修録(ポートフォリオ)勉強会や作成指導等</p>

D. ローテーションのスケジュールと期間

(4年以上のプログラムの場合は、枠を増やして4年目以降のローテーションについても記載すること)

1年目		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	施設名												
	領域												
2年目		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	施設名												
	領域												
3年目		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	施設名												
	領域												

特記事項 ()

※ 代表的な例を書いてください。募集定員全員のローテーション表は不要です。

総合診療 専門研修	総合診療専門研修Ⅰ ()カ月		総合診療専門研修Ⅱ ()カ月	
領域別 研修	内科 ()カ月	小児科 ()カ月	救急科 ()カ月	その他 ()カ月

※ローテーションする施設によって研修期間が異なる場合(例えば、総合診療専門研修ⅠがA診療所なら6ヶ月、B診療所なら9ヶ月など)、これらの表はコピー&ペーストして複数作成してください。

※「総診Ⅰ」、「総診Ⅱ」、「内科」、「小児科」、「救急」、「その他」という表記で記入してください。

※整備基準にある「平成30年度からの3年間に専門研修が開始されるプログラムについては、専門研修施設群の構成についての例外を日本専門医機構において諸事情を考慮して認めることがある。」との規定を踏まえ、3年間の研修プログラムにおいても、最大6か月間の選択研修が認められます。ただし、その場合でも、各研修科の研修期間の要件を満たすことが必要です。

※「総診Ⅰ」と「総診Ⅱ」を同時に研修することはできません。また、原則として異なる医療機関での研修を実施する必要があります。

※原則として、都道府県の定めるへき地に専門研修基幹施設が所在するプログラム、あるいは研修期間中に2年以上のへき地での研修を必須にしているプログラムにおいて、ブロック制で実施できない合理的な理由がある場合に限り、小児科・救急科の研修をカリキュラム制で実施することが認められます。該当する場合は、特記事項に詳細を記入してください。

5. 準備が必要な研修項目

地域での健康増進活動

実施予定場所 ()
 実施予定の活動 ()
 実施予定時期 ※どのローテーション中に実施するか
 ()

教育（学生、研修医、専門職に対するもの）

実施予定場所 ()
 実施予定の活動 ()
 実施予定時期 ※どのローテーション中に実施するか
 ()

研究

実施予定場所 ()
 実施予定の活動 ()
 実施予定時期 ※どのローテーション中に実施するか
 ()

6. 専攻医の評価方法（各項目を満たすとき、□を塗りつぶす（■のように））
 ※形式的評価と総括的評価を研修修了認定の方法も含めて具体的に記入してください。

形式的評価

- 研修手帳の記録及び定期的な指導医との振り返りセッションを定期的実施する（頻度： ）
- 経験省察研修録（ポートフォリオ）作成の支援を通じた指導を行う（頻度： ）
- 作成した経験省察研修録（ポートフォリオ）の発表会を行う（頻度： 参加者の範囲： ）
- 実際の業務に基づいた評価（Workplace-based assessment）を定期的実施する（頻度： ）
- 多職種による 360 度評価を各ローテーション終了時等、適宜実施する
- 年に複数回、他の専攻医との間で相互評価セッションを実施する
- ローテート研修における生活面も含めた各種サポートや学習の一貫性を担保するために専攻医にメンターを配置し定期的に支援するメンタリングシステムを構築する
- メンタリングセッションは数ヶ月に一度程度を保証する

総括的評価

- 総合診療専門研修Ⅰ・Ⅱの研修終了時には、研修手帳に専攻医が記載した経験目標に対する自己評価の確認と到達度に対する評価を総合診療専門研修指導医が実施する。
- 内科ローテート研修において、症例登録・評価のため、内科領域で運用する専攻医登録評価システム（Web 版研修手帳）による登録と評価を行う。研修終了時には病歴要約評価を含め、技術・技能評価、専攻医の全体評価結果を内科指導医が確認し、総合診療プログラムの統括責任者に報告する。
- 3ヶ月の小児科の研修終了時には、小児科の研修内容に関連した評価を小児科の指導医が実施する
- 3ヶ月の救急科の研修終了時には、救急科の研修内容に関連した評価を救急科の指導医が実施する
- 以下の基準でプログラム統括責任者はプログラム全体の修了評価を実施する
 - (1) 研修期間を満了し、かつ認定された研修施設で総合診療専門研修ⅠおよびⅡ各 6ヶ月以上・合計 18ヶ月以上、内科研修 12ヶ月以上、小児科研修 3ヶ月以上、救急科研修 3ヶ月以上を行っており、それぞれの指導医から修了に足る評価が得られている
 - (2) 専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した経験省察研修録（ポートフォリオ）を通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達している
 - (3) 研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達している
 なお、研修期間中複数回実施される、医師・看護師・事務員等の多職種による 360 度評価（コミュニケーション、チームワーク、公益に資する職業規範）の結果も重視する

研修修了認定の方法（総括的評価結果の判断の仕方・修了認定に関わるメンバー）

修了判定会議のメンバー

研修プログラム管理委員会と同一

その他（ ）

修了判定会議の時期（ ）

7. プログラムの質の向上・維持の方法

研修プログラム管理委員会

委員会の開催場所（ ）

委員会の開催時期（ ）

専攻医からの個々の指導医に対する評価

評価の時期（ ）

評価の頻度（ ）

評価結果の利用法（ ）

研修プログラムに対する評価

評価の時期（ ）

評価の頻度（ ）

評価結果の利用法（ ）

8. 専門研修施設群

基幹施設の施設要件（各項目を満たすとき、を塗りつぶす（■のように））

総合診療専門研修Ⅰの施設基準を満たしている。

総合診療専門研修Ⅱの施設基準を満たしている。

大学病院で研修全体の統括組織としての役割を果たしている、あるいは適切な病院群を形成している施設である。

研修施設群全体の要件。

総合診療専門研修Ⅰとして、のべ外来患者数 400名以上／月、のべ訪問診療件数 20件以上／月である。

総合診療専門研修Ⅱとして、のべ外来患者数 200名／月以上、入院患者総数 20名以上／月である。

小児科研修として、のべ外来患者数 400名以上／月である。

救急科研修として、救急による搬送等の件数が1000件以上／年である。

地域医療・地域連携への対応

へき地・離島、被災地、医療資源の乏しい地域での研修が1年以上である。

具体的に記載：

施設名（ ） 市町村名（ ） 研修科目（ ） 研修期間（ か月）

施設名（ ） 市町村名（ ） 研修科目（ ） 研修期間（ か月）

施設名（ ） 市町村名（ ） 研修科目（ ） 研修期間（ か月）

基幹施設がへき地※に所在している。

へき地※での研修期間が2年以上である。

具体的に記載：

施設名（ ） 市町村名（ ） 研修科目（ ） 研修期間（ か月）

施設名（ ） 市町村名（ ） 研修科目（ ） 研修期間（ か月）

施設名（ ） 市町村名（ ） 研修科目（ ） 研修期間（ か月）

※過疎地域自立推進特別措置法に定める過疎地域。詳細は総務省ホームページ参照

http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/c-gyousei/2001/kaso/kasomain0.htm

http://www.soumu.go.jp/main_content/000456268.pdf

9. 基幹施設

研修施設名

所在地

住所 〒

電話

FAX

E-mail

プログラム統括責任者氏名		指導医登録番号	
プログラム統括責任者 部署・役職			
事務担当者氏名			
連絡担当者連絡先	住所 〒 電話 E-mail	FAX	
基幹施設のカテゴリー	<input type="checkbox"/> 総合診療専門研修Ⅰの施設 <input type="checkbox"/> 総合診療専門研修Ⅱの施設 <input type="checkbox"/> 大学病院		
基幹施設の所在地	二次医療圏名 () 都道府県の定めるへき地 (8. 研修施設群参照) の指定地域である → <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
施設要件 (各項目を満たすとき、<input type="checkbox"/>を塗りつぶす (■のように)) <input type="checkbox"/> 総合診療以外の 18 基本診療領域の基幹施設機能を、本プログラム統括責任者が所属する診療科あるいは部門では担当していない (プログラム基幹施設の役割を診療科・部門が兼任していない) <input type="checkbox"/> 本プログラム以外の総合診療専門研修プログラムを本基幹施設は運営していない <input type="checkbox"/> プログラム統括責任者が常勤で勤務し、コーディネーターとしての役目を十分果たせるように時間的・経済的な配慮が十分なされている <input type="checkbox"/> 専門研修施設群内での研修情報等の共有が円滑に行われる環境 (例えば TV 会議システム等) が整備されている <input type="checkbox"/> プログラム運営を支援する事務の体制が整備されている <input type="checkbox"/> 研修に必要な図書や雑誌、インターネット環境が整備されている ※研修用の図書冊数 () ※研修用の雑誌冊数 () ※専攻医が利用できる文献検索や二次資料の名称 () ※インターネット環境 <input type="checkbox"/> LAN 接続のある端末 <input type="checkbox"/> ワイヤレス <input type="checkbox"/> 自施設で臨床研究を実施したり、大学等の研究機関と連携した研究ネットワークに加わったりするなど研究活動が活発に行われている 具体例 ()			

10. 連携施設			
連携施設名			
所在地	住所 〒 電話 E-mail	FAX	
連携施設担当者氏名			
連携施設担当者 部署・役職			
事務担当者氏名			
連絡担当者連絡先	住所 〒 電話 E-mail	FAX	
連携施設の所在地	二次医療圏名 () 都道府県の定めるへき地 (8. 研修施設群参照) の指定地域である → <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

※連携施設が2箇所以上にわたる場合、上記内容をコピー&ペーストして列挙すること

総合診療専門研修 I

総合診療専門研修 I の施設一覧

都道府県 コード	医療機関 コード	へき地・離島、被災地 (該当する場合はチェック)	施設名	基幹施設・ 連携施設の別
		<input type="checkbox"/> へき地・離島 <input type="checkbox"/> 被災地		<input type="checkbox"/> 基幹 <input type="checkbox"/> 連携
		<input type="checkbox"/> へき地・離島 <input type="checkbox"/> 被災地		<input type="checkbox"/> 基幹 <input type="checkbox"/> 連携
		<input type="checkbox"/> へき地・離島 <input type="checkbox"/> 被災地		<input type="checkbox"/> 基幹 <input type="checkbox"/> 連携
		<input type="checkbox"/> へき地・離島 <input type="checkbox"/> 被災地		<input type="checkbox"/> 基幹 <input type="checkbox"/> 連携

総合診療専門研修 I を行う施設ごとの詳細

研修施設名			
診療科名	() ※病院で研修を行う場合、研修を行う主たる診療科を記載してください。		
施設情報	<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院 施設が病院のとき → 病院病床数 () 床 診療科病床数 () 床		
総合診療専門研修 I における研修期間	() カ月		
常勤の認定指導医の配置の有無	<input type="checkbox"/> 配置あり <input type="checkbox"/> 配置なし 常勤指導医なしの場合 <input type="checkbox"/> 都道府県の定めるへき地 (8. 研修施設群参照) の指定地域である その場合のサポート体制 ()		
研修期間の分割	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 「分割あり」の場合、研修期間の分割について具体的に記入して下さい ()		
常勤指導医氏名 1		指導医登録番号	()
常勤指導医氏名 2		指導医登録番号	()
常勤指導医氏名 3		指導医登録番号	()
要件 (各項目の全てを満たすとき、 <input type="checkbox"/> を塗りつぶす (■のように))			
研修の内容 <input type="checkbox"/> 外来診療：生活習慣病、患者教育、心理社会的問題、認知症を含めた高齢者ケアなど <input type="checkbox"/> 訪問診療：在宅ケア、介護施設との連携などを経験し在宅緩和ケアにも従事 <input type="checkbox"/> 地域包括ケア：学校医、地域保健活動などに参加			
施設要件 後期高齢者診療 <input type="checkbox"/> 研修診療科において後期高齢者の診療を受け入れている 学童期以下の診療 (以下のうち一つを選ぶ) <input type="checkbox"/> 研修診療科において学童期以下の患者の診療を受け入れている <input type="checkbox"/> 学童期以下の患者は受け入れていないが、施設内に研修診療科以外に小児科外来が存在し、そちらで経験を補完する <input type="checkbox"/> 学童期以下の患者は受け入れていないが、近隣の施設において経験を補完する 具体的に、どの施設でどのような頻度で補完するか () <input type="checkbox"/> 学童期以下の患者は受け入れておらず、近隣の施設において経験を補完することができない 経験を補完できない理由 () 学童期以下の患者の診療を経験するための工夫 ()			
<input type="checkbox"/> アクセスの担保：24 時間体制で医療機関が患者の健康問題に対応する体制をとっている 具体的な体制と方略 ()			
<input type="checkbox"/> 継続的なケア：一定の患者に対して研修期間中の継続的な診療を提供する 具体的な体制と方略 ()			

<input type="checkbox"/> 包括的なケア：一施設で急性期、慢性期、予防・健康増進、緩和ケアなどを幅広く担当 具体的な体制と方略（ ）
<input type="checkbox"/> 多様なサービスとの連携：必要な医療機関、介護・福祉機関などと適切に連携する 具体的な体制と方略（ ）
<input type="checkbox"/> 家族志向型ケア：様々な年齢層を含む同一家族の構成員が受診する 具体的な状況（ ）
<input type="checkbox"/> 地域志向型ケア：受診していない地域住民への集団アプローチを計画的に実施する 具体的な内容と方法（ ）
<input type="checkbox"/> 在宅医療：訪問診療の体制をとっている。患者の急変、緩和ケアに対応している それぞれの概ねの頻度（ ）
診療実績（各項目を満たすとき、 <input type="checkbox"/> を塗りつぶす（■のように））
<input type="checkbox"/> のべ外来患者数 400名以上／月 <input type="checkbox"/> 上記の要件を満たさないが、他施設との連携で工夫している 具体的な体制と方略（ ）
<input type="checkbox"/> のべ訪問診療数 20件以上／月 <input type="checkbox"/> 上記の要件を満たさないが、他施設との連携で工夫している 具体的な体制と方略（ ）
研修中に定期的に行う教育
当該施設で行う勉強会・カンファレンス・カルテチェック等の教育機会 （ ） 他の施設で行う教育・研修機会 （ ）
他のプログラムに参加される場合は以下の欄に記載すること
本プログラム以外の参加プログラム数 （ ） プログラム名（ ） プログラム名（ ） プログラム名（ ）

※ 研修施設が2箇所以上にわたる場合、上記内容をコピー&ペーストして記載すること

総合診療専門研修Ⅱの施設一覧

都道府県 コード	医療機関 コード	へき地・離島、被災地 (該当する場合はチェック)	施設名	基幹施設・ 連携施設の別
		<input type="checkbox"/> へき地・離島 <input type="checkbox"/> 被災地		<input type="checkbox"/> 基幹 <input type="checkbox"/> 連携
		<input type="checkbox"/> へき地・離島 <input type="checkbox"/> 被災地		<input type="checkbox"/> 基幹 <input type="checkbox"/> 連携
		<input type="checkbox"/> へき地・離島 <input type="checkbox"/> 被災地		<input type="checkbox"/> 基幹 <input type="checkbox"/> 連携
		<input type="checkbox"/> へき地・離島 <input type="checkbox"/> 被災地		<input type="checkbox"/> 基幹 <input type="checkbox"/> 連携

総合診療専門研修Ⅱを行う施設ごとの詳細

研修施設名			
診療科名	() ※病院で研修を行う場合、研修を行う主たる診療科を記載してください。		
施設情報	病院病床数 () 床 診療科病床数 () 床		
総合診療専門研修Ⅱにおける研修期間	() カ月		
常勤指導医の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 常勤指導医なしの場合 <input type="checkbox"/> 都道府県の定めるへき地 (8. 研修施設群参照) の指定地域である その場合のサポート体制 ()		
研修期間の分割	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 「分割あり」の場合、研修期間の分割について具体的に記入して下さい ()		
常勤指導医氏名 1		指導医登録番号	()
常勤指導医氏名 2		指導医登録番号	()
常勤指導医氏名 3		指導医登録番号	()
要件 (各項目の全てを満たすとき、 <input type="checkbox"/> を塗りつぶす (■のように))			
研修の内容			
<input type="checkbox"/> 病棟診療：病棟は臓器別ではない。主として成人・高齢入院患者や複数の健康問題 (心理・社会・倫理的問題を含む) を抱える患者の包括ケア、緩和ケアなどを経験する。 <input type="checkbox"/> 外来診療：臓器別ではない外来で、救急も含む初診を数多く経験し、複数の健康問題をもつ患者への包括的ケアを経験する			
施設要件			
<input type="checkbox"/> 一般病床ないしは地域包括ケア病床を有する <input type="checkbox"/> 救急医療を提供している			
病棟診療 ：以下の全てを行っていること			
<input type="checkbox"/> 高齢者 (特に虚弱) ケア 具体的な体制と方略 ()			
<input type="checkbox"/> 複数の健康問題を抱える患者への対応 具体的な体制と方略 ()			
<input type="checkbox"/> 必要に応じた専門医との連携 具体的な体制と方略 ()			
<input type="checkbox"/> 心理・社会・倫理的複雑事例への対応 具体的な体制と方略 ()			
<input type="checkbox"/> 癌・非癌患者の緩和ケア 具体的な体制と方略 ()			
<input type="checkbox"/> 退院支援と地域連携機能の提供 具体的な体制と方略 ()			
<input type="checkbox"/> 在宅患者の入院時対応 具体的な体制 ()			
外来診療 ：以下の診療全てを行っていること			
<input type="checkbox"/> 救急外来及び初診外来 具体的な体制と方略 ()			

<input type="checkbox"/> 臓器別ではない外来で幅広く多くの初診患者 具体的な体制と方略 ()
<input type="checkbox"/> よくある症候と疾患 具体的な体制と方略 ()
<input type="checkbox"/> 臨床推論・EBM 具体的な体制と方略 ()
<input type="checkbox"/> 複数の健康問題への包括的なケア 具体的な体制と方略 ()
<input type="checkbox"/> 診断困難患者への対応 具体的な体制と方略 ()
診療実績 (各項目を満たすとき、 <input type="checkbox"/> を塗りつぶす (■のように))
<input type="checkbox"/> 当該診療科におけるのべ外来患者数 200名以上/月 <input type="checkbox"/> 上記の要件を満たさないが、他施設との連携で工夫している 具体的な体制と方略 ()
<input type="checkbox"/> 当該診療科における入院患者総数 20件以上/月 <input type="checkbox"/> 上記の要件を満たさないが、他施設との連携で工夫している 具体的な体制と方略 ()
研修中に定期的に行う教育
当該施設で行う勉強会・カンファレンス・カルテチェック等の教育機会 () 他の施設で行う教育・研修機会 ()
他のプログラムに参加される場合は以下の欄に記載すること
本プログラム以外の参加プログラム数 () プログラム名 () プログラム名 () プログラム名 ()

※研修施設が2箇所以上にわたる場合、上記内容をコピー&ペーストして記載すること

領域別研修：内科			
研修施設名		都道府県コード	医療機関コード
領域別研修（内科）における研修期間		（ ）カ月	
指導医氏名			
有する認定医・専門医資格 <small>※内科に関するもの</small>			
要件（各項目を満たすとき、□を塗りつぶす（■のように））			
研修の内容 □病棟診療：病棟での主治医として主に内科疾患の急性期患者の診療を幅広く経験する			
施設要件 □内科専門研修プログラムに参加している □基幹施設 □連携施設 □特別連携施設 □内科学会の認定する指導医が常勤で在籍しており、J-OSLER（専攻医登録評価システム）を使用できる			
診療実績（各項目を満たすとき、□を塗りつぶす（■のように））			
□当該診療科における入院患者総数 40 件以上／月 □上記の要件を満たさないが、他施設との連携で工夫している 具体的な体制と方略（ ）			
他のプログラムに参加される場合は以下の欄に記載すること			
本プログラム以外の参加プログラム数（ ） プログラム名（ ） プログラム名（ ） プログラム名（ ）			

※研修施設が2箇所以上にわたる場合、上記内容をコピー&ペーストして記載すること

領域別研修：小児科			
研修施設名		都道府県コード	医療機関コード
領域別研修（小児科）における研修期間		（ ）カ月	
指導医氏名	有する専門医資格（ ） <small>※小児科に関するもの</small>		
要件（各項目を満たすとき、□を塗りつぶす（■のように））			
研修の内容 □外来診療：指導医の下で初診を数多く経験し、小児特有の疾患を含む日常的に遭遇する症候や疾患の対応を経験する □救急診療：指導医の監督下で積極的に救急外来を担当し、軽症、1次救急を中心に経験する □病棟診療：日常的に遭遇する疾患の入院診療を担当し、外来・救急から入院に至る流れと基本的な入院ケアを学ぶ			
施設要件 □小児領域における基本能力（診断学、治療学、手技等）が修得できる □小児科常勤医がいる。（ ）名			
診療実績（各項目を満たすとき、□を塗りつぶす（■のように））			
□当該診療科におけるのべ外来患者数 400 名以上／月 □上記の要件を満たさないが、他施設との連携で工夫している 具体的な体制と方略（ ）			
他のプログラムに参加される場合は以下の欄に記載すること			
本プログラム以外の参加プログラム数（ ） プログラム名（ ） プログラム名（ ） プログラム名（ ）			

※研修施設が2箇所以上にわたる場合、上記内容をコピー&ペーストして記載すること

※小児科研修をカリキュラム制での実施を希望する場合は、その条件（2 ページ 「4 概要 D. ローテーションのスケジュールと期間」参照）を確認したうえで、具体的にどのような研修を行うのか、別途説明した文書を添付してください。（A4で1枚程度、書式自由）文書には、プログラム制では実施できない合理的な理由と、プログラム制と同等の研修経験・指導の質を担保するための工夫に関する記載も含めるようにしてください。

領域別研修：救急科			
研修施設名		都道府県コード	医療機関コード
指導医氏名		有する専門医資格 ()	専従する部署 ()
□研修期間 () カ月			
要件 (各項目を満たすとき、□を塗りつぶす (■のように))			
研修の内容			
□救急診療：外科系・小児を含む全科の主に軽症から中等症救急疾患の診療を経験する			
施設要件 (下記のいずれかを満たす)			
□救命救急センターもしくは救急科専門医指定施設			
□救急科専門医等が救急担当として専従する一定の規模の医療機関 (救急搬送件数が年に 1000 件以上)			
診療実績 (各項目を満たすとき、□を塗りつぶす (■のように))			
□当該診療科におけるのべ救急搬送件数 1000 件以上/年			
□上記の要件を満たさないが、他施設との連携で工夫している			
具体的な体制と方略 ()			
他のプログラムに参加される場合は以下の欄を記載すること			
本プログラム以外の参加プログラム数 ()			
プログラム名 ()			
プログラム名 ()			
プログラム名 ()			

※研修施設が2箇所以上にあたる場合、上記内容をコピー&ペーストして記載すること
 ※救急科研修をカリキュラム制での実施を希望する場合は、その条件 (2 ページ 「4 概要 D. ローテーションのスケジュールと期間」参照)を確認したうえで、具体的にどのような研修を行うのか、別途説明した文書を添付してください。(A4で1枚程度、書式自由) 文書には、プログラム制では実施できない合理的な理由と、プログラム制と同等の研修経験・指導の質を担保するための工夫に関する記載も含めるようにしてください。

その他の領域別診療科

領域別研修： 科			
研修施設名		都道府県コード	医療機関コード
指導医氏名		有する専門医資格 ()	専従する部署 ()
□研修期間 () カ月			
要件 (各項目を満たすとき、□を塗りつぶす (■のように))			
研修の内容			
□ 総合診療専門研修の経験目標を達成するのに有用な診療を経験する			
施設要件 (下記のいずれかを満たす)			
□ () 領域における基本能力 (診断学、治療学、手技等) が修得できる			
□ () 科常勤医がいる。 () 名			

※その他の診療科が2箇所以上にあたる場合、上記内容をコピー&ペーストして記載すること

その他の研修施設 (例：臨床疫学などの社会医学の研修や保健・介護・福祉関連の施設等での研修)

領域・分野：			
研修施設名			
指導にあたる医師名		有する資格 ()	専従する部署 ()
□研修期間 () カ月			

要件（各項目を満たすとき、□を塗りつぶす（■のように））

研修の内容

- 総合診療専門研修のプログラムの理念と合致している
- 総合診療専門研修プログラムのカリキュラム内にある研修目標と関連している
（具体的な関連性： _____)

指導体制

- 研修期間中、該当領域・分野の指導にあたる医師から、適切な指導やサポートを得られる
- 研修修了時点で、総合診療専門研修プログラムの関連する研修目標に対応した評価を行うことができる

※研修施設が2箇所以上にわたる場合、上記内容をコピー&ペーストして記載すること