第1号様式

小児科専門医認定更新申請書

20　　　年　　月　　日

一般社団法人日本専門医機構　御中

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  | | | 学　　位 | □あり　　□なし |
| 医籍登録番号 | 第　　　　　　　号 | | 医籍登録年月日 | | 年　　月　　日 |
| 専門医登録番号 | 第　　　　　　　号 | | 初回認定日 | | 年　　月　　日 |
| 現在の認定期間 | （西暦）　20　　　　　年　　月　　日　～20　　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 指導医登録番号 | 第S　　　　　　号 | | 初回認定日 | | 年　　月　　日 |
| 現在の認定期間 | （西暦）　20　　　　　年　　月　　日　～20　　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 勤務先名  （所属科名） |  | | | | |
| 勤務先住所 | 〒　　　‐　　　　　 TEL： | | | | |
| 自宅住所 | 〒　　　‐　　　　　 TEL：  E-mail: | | | | |
| 猶予期間  （猶予専門医） | 申請年月日 | 20　　　年　　月　　日 | | | |
| 猶予期間 | 20　　　年　　月～　　　　　年　　月 | | | |
| 備考 |  | | | | |

第2号様式

勤務実態

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務実態　自己申告書  （第3号様式　1/2ページ） | □　記載済み |
| 活動実態自己申告書：詳細  （第3号様式　2/2ページ） | □　記載済み |

単位集計表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | | 取得単位 | 更新申請に  必要な単位  ※申請時によって必要単位が異なります |
| i) 診療実績の証明 | 症例　第4号様式 | 症例 | 診療活動 |
| 活動　第5号様式 | 症例 | 健診、予防接種、相談業務 |
| 合計  （100症例＝10単位） | 症例  ①　　　　　　　　　単位 | 100症例＝10単位 |
| ii) 専門医共通講習  第6号様式 | 必修講習A | 医療安全：　　　　　単位 | 各1単位以上必須 |
| 感染対策：　　　　　単位 |
| 医療倫理：　　　　　単位 |
| 必修講習B | 医療制度と法律：　　単位 | 暫定制度を含むプログラム制で専門医を取得された方は  各1単位以上必須 |
| 地域医療：　　　　　単位 |
| 医療福祉制度：　　　単位 |
| 医療経済：　　　　　単位 |
| 両立支援：　　　　　単位 |
| その他 | 単位 | （0～2または7単位） |
| 合計 | ②  単位 | 3単位または8単位以上必須  最大10単位 |
| iii) 小児科領域講習  第7号様式  ※領域専門医委員会が指定したものに限る。 | | ③  単位 | 20単位以上 |
| iv) 学術業績・診療以外の活動実績  　　　　　　　　　　　　　第8号様式 | | ④  単位 | 0～10単位 |
| 総合計（①＋②\*＋③＋④）  \*②には必修講習各1単位以上が必須です | | 単位 | 50単位 |

第3号様式（1/2ページ）

勤務実態　自己申告書

①【勤務実態】

勤務形態については、直近1年間のうち、任意の1週間当たりの（小児医療に関与している）時間

・勤務形態（主に従事する医療機関は必須：ａ．ｂ．ｃ．　いずれかを選択）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ａ | 病院小児科常勤医師として勤務している □はい　　　□いいえ | | |
| 時間/週 | 勤務先 |  |
| ｂ | 開業（診療所）常勤医師として勤務している □はい　　　□いいえ | | |
| 時間/週 | 勤務先 |  |
| ｃ | 病院または診療所小児科非常勤医師として勤務している（複数ある場合はすべて記載） | | |
| 時間/週 | 勤務先 |  |
| 時間/週 | 勤務先 |  |
| 時間/週 | 勤務先 |  |
| 時間/週 | 勤務先 |  |
| その他 | 時間/週 | 具体的な勤務内容 |  |

【日本小児科学会専門医取得後から申請時までの職歴等】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期　　間 | | 勤　　務　　先 | 職　名 |
| 自  至 | 年　　月　　日  　年　　月　　日 |  |  |
| 自  至 | 年　　月　　日  　年　　月　　日 |  |  |
| 自  至 | 年　　月　　日  　年　　月　　日 |  |  |
| 自  至 | 年　　月　　日  　年　　月　　日 |  |  |
| 自  至 | 年　　月　　日  　年　　月　　日 |  |  |
| 自  至 | 年　　月　　日  　年　　月　　日 |  |  |

※大学院、留学の場合は勤務先欄にその旨を記載してください。

※教育施設に非常勤で所属の場合は、主たる職歴に併記してください。

第3号様式（2/2ページ）

活動実態自己申告書：詳細

専門医の活動の実態を把握するための参考とします。祝日や学会出張等がない平均的な1週間の勤務実態を想定して記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療活動 | | 計　　　　　　時間／週 |
|  | 外来診療 | 時間／週 |
|  | 入院診療 | 時間／週 |
|  | 学校健診 | 時間／週 |
|  | 乳幼児健診 | 時間／週 |
|  | 予防接種 | 時間／週 |
|  | 相談業務 | 時間／週 |
|  |  | 時間／週 |
|  | その他 | 時間／週 |
| 診療管理と教育活動 | | 計　　　　　　時間／週 |
|  | カンファレンス | 時間／週 |
|  | 診療に関わる委員会活動 | 時間／週 |
|  | 学生・研修医・専攻医指導 | 時間／週 |
|  | メディカルスタッフ指導 | 時間／週 |
| その他の臨床的活動 | | 計　　　　　　時間／週 |
|  | 育児相談 | 時間／週 |
|  | 臨床に関わる書類作成 | 時間／週 |
|  | その他：（インフォームドコンセント・アセントなど） | 時間／週 |
| 小児科専門医として相応しい病院外での医療活動 | | 計　　　　　　時間／週 |
|  | （内容記載） | 時間／週 |
|  | （内容記載） | 時間／週 |

第4号様式

診療活動の申告

責任者署名　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 診察  年/月/ 日 | 年齢 | 性別 | 病名 | 治療/患者への説明など | 転帰 | 診療施設名 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |

第5号様式

健診、予防接種、相談業務等の活動の申告

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 健診/予防接種/相談業務 | 実施日  年/月/ 日 | 対象者数 | 指導を行った内容  接種ワクチン | 施設 | 責任者  署名 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |

第6号様式

ⅱ）専門医共通講習受講証明書

単位集計表のⅱ）専門医共通講習に記載した単位に相当するものを貼付してください。

|  |
| --- |
|  |

第7号様式

ⅲ）小児科領域講習会受講・講演　証明書

単位集計表のⅲ）小児科領域講習に記載した単位に相当するものを貼付。発表したことが確認できるプログラムを貼付。

|  |
| --- |
|  |

第8号様式

ⅳ）学術業績および診療実績以外の活動実績

単位集計表のⅳ）に記載した単位に相当するもの

|  |
| --- |
| A学術業績を記載 |
| B参加証の原本を貼付 |
| C その他の活動（地域の保健活動、教育活動など）の実績記載 |