

在宅医療同行訪問研修 実施報告書（支援医用）

令和 年 月 日

報告者（支援医）

医療機関名	
医師名	

1. 研修実施日 令和 年 月 日 時 ～ 時

2. 受講者 医療機関名 _____
医師名 _____

3. 実施した内容（当てはまるものに✓をつけてください）

 医療機関内でのオリエンテーション

（主な疾患と診療内容、診療報酬、他職種との連携方法 等）

 同行訪問 振り返り・質疑応答 その他（ _____ ）

4. その他（実施した感想、特に伝えたかったこと、気づいたこと、改善点等何でもご記入ください）

【提出先】とまこまい医療介護連携センター

TEL 0144-37-0177 FAX 0144-37-0178