

在宅医療同行訪問研修 申込書

申込日 令和 年 月 日

| | | |
|-------|-------------|--|
| 医療機関名 | | |
| ふりがな | | |
| 氏名 | | |
| 連絡先 | 医療機関住所 | |
| | T E L | |
| | F A X | |
| | E - m a i l | |

- 訪問診療・往診の経験（複数回答可 当てはまるものに✓をつけてください）

| | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 全くない | <input type="checkbox"/> 過去にあるが現在は未実施 |
| <input type="checkbox"/> 自院の患者のみ訪問している | <input type="checkbox"/> 施設のみ訪問している |
| | <input type="checkbox"/> 看取り経験あり |
- 同行訪問研修への受講動機（複数回答可 当てはまるものに✓をつけてください）

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 在宅医療の現場を体験したい | |
| <input type="checkbox"/> 患者・家族の様子を見たい | |
| <input type="checkbox"/> 支援医のノウハウを学びたい | |
| <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
- 希望する訪問診療場面（複数回答可 当てはまるものに✓をつけてください）

| | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 在宅 | <input type="checkbox"/> 施設 |
| <input type="checkbox"/> 初回の訪問診療 | <input type="checkbox"/> ケアカンファレンス |
| <input type="checkbox"/> 看取り希望の患者 | <input type="checkbox"/> 独居の患者 |
| <input type="checkbox"/> 神経難病等の特定疾患患者 | |
| <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
- 希望日時につきましては、支援医の訪問診療日時が限られているため、とまこまい医療介護連携センターに事前にお問合せください。

| | | | |
|--------|--------------|---------|-----------|
| 第 1 希望 | 令和 年 月 日 () | 午前 ・ 午後 | 支援医 (先生) |
| 第 2 希望 | 令和 年 月 日 () | 午前 ・ 午後 | 支援医 (先生) |
| 第 3 希望 | 令和 年 月 日 () | 午前 ・ 午後 | 支援医 (先生) |

- 同行者の希望の有無（研修受講者に同行を希望する方の有無、有の場合は職種をご記入ください）

| | | | |
|--------|-------|-----|--|
| 同行者の希望 | 有 ・ 無 | 職 種 | |
|--------|-------|-----|--|

※ご希望に添えない場合がございますので、あらかじめご了承ください。

※ご記入いただいた情報は研修日程等調整のため支援医にお伝えしますので、ご了承ください。

【調整担当】とまこまい医療介護連携センター

TEL 0144-37-0177

FAX 0144-37-0178