

■ 受講者研修報告書

大阪府では、府民の方々が住み慣れた地域で、最期まで安心して暮らし続けられる社会の実現をめざし、在宅医療に携わる医療従事者の確保に向け、在宅医療体制強化事業を実施しています。

今後の施策を検討する基礎資料とするため、同行訪問研修に関する研修報告書の提出をお願いします。

(1) 受講者（回答者）について、教えてください。

・受講者	氏名		職種	医師 or 医学生
			※該当項目に○印を記載願います。	
	所属		年次	
		※所属機関や所属大学を記載願います。		※大学生は年次を記載願います。

(2) 同行訪問先について、教えてください。

・受講機関名		訪問 日数	
・訪問患者数	1時間で（ ）人	総数：（ ）時間で（ ）人	

(3) 受講の動機について教えてください。（該当項目欄に○印記載願います）

・受講理由				
在宅医療を開始 するため		在宅医療に関心が あるため	特定分野技術向上 (小児在宅など)	在宅医療を志す ため(学生対象)
その他				
	※上記4点以外の理由があれば、記載願います。			

(4) 研修概要を記載してください。（複数回答可）

	<p>【選択肢】</p> <p>①在宅医療にかかる診療の基礎知識</p> <p>②訪問診療における関係機関（訪問看護ST等）との連携</p> <p>③感染予防や感染症患者への訪問診療等</p> <p>④人生会議（ACP）の意思決定支援</p> <p>⑤看取り対応</p> <p>⑥訪問診療の小児在宅に関する内容</p> <p>⑦その他（特定分野に関する内容等）</p>
・その他の内容	

(5) 受講の感想（自由記載）

--

(6) 今後の在宅医療への従事予定について、教えてください。

・従事予定医療機関名		勤務 開始	年 月（予定含む）
医療機関所在地			