

■ 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

※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	<input type="checkbox"/>	在宅医療に関心があるため	<input type="checkbox"/>	特定分野技術向上（小児在宅など）	<input type="checkbox"/>	在宅医療を志すため(学生対象)	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="text"/>						

※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）

【選択肢】

- ①在宅医療にかかる診療の基礎知識
- ②訪問診療における関係機関（訪問看護ST等）との連携
- ③感染予防や感染症患者への訪問診療等
- ④人生会議（ACP）の意思決定支援
- ⑤看取り対応
- ⑥訪問診療の小児在宅に関する内容

・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

医療機関所在地