

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 1

良く傾聴し、患者の立場に立って悩みに共感しながら医療面接を行う

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D. 等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 2

問診票を事前確認し、全身状態を念頭に置き、ポイントを押さえた上で病歴聴取・医療面接を行う

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

# 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

## 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」： 3

歯周病に対してパノラマエックス線写真撮影を行い、歯周病に関連する骨吸収の所見を判断する、など

研修歯科医 氏名： \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン： \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日： \_\_\_\_\_

### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」： 4

病歴と所見に基づき、鑑別診断を立てながら様々な歯科口腔外科疾患を診断する

研修歯科医 氏名： \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン： \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日： \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D. 等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 5

口腔外科手術が必要な患者の口腔内を総合的に把握し、周術期の口腔管理計画や術後機能回復のための診療計画を立案する、など

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D. 等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」： 6

入院下での口腔外科治療にあたり、検査結果に基づいて病状と全身状態を把握し、同意書を用いて患者と家族に丁寧に治療法を説明する

研修歯科医 氏名： \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン： \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日： \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 7

歯周病患者に対する歯周ポケット測定やブラッシング指導、歯石除去を行う、など

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 8

a. う蝕治療

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D. 等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」： 9

#### b. 感染根幹処置

研修歯科医 氏名： \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン： \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日： \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 10

#### c. 初期治療

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 11

d. 抜歯

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D. 等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 12

#### e. レジン充填

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D. 等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 13

f. ドライマウス治療

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D. 等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 14a

a. Hys 処置、局所麻酔、咬合調整など痛みに応じた治療を行う

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D. 等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 14b

b. 歯牙外傷や顎骨骨折の治療の一部(歯牙固定・顎間固定など)を実践する

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。(I.D.等も消去)
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 14c

c. 修復物脱離後の再装着処置や、脱離後不適合な修復物の場合の歯牙へのセメント充填処置、不適合義歯のクラスプ調整を行う

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 15

外科処置時のモニタリングによってバイタルサインを観察し、異常を評価する

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 16

SOAP法を十分に理解し、院内の電子カルテ内に医療記録を適切に作成する

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」： 17

本院の医療安全管理マニュアルに従い、インシデント発生時には指導歯科医に報告し、インシデントレポートを作成する

研修歯科医 氏名： \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン： \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日： \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D. 等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」： 18

抜歯時に抗血栓剤服用による抜歯後出血のリスクを患者に説明する、など

研修歯科医 氏名： \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン： \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日： \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D. 等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」： 19

他診療科からのコンサルトに対し、診察後の患者の状況を適切に電子カルテに記載し、主治の医師に治療上の留意点を伝える

研修歯科医 氏名： \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン： \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日： \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」： 20

抜歯時に全身疾患の影響による合併症のリスクを患者に説明し、バイタルサインのモニタリングを行う、など

研修歯科医 氏名： \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン： \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日： \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 21

抜歯後の気分不良患者に楽な姿勢を促し、バイタルサインを確認する、など

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 22

全身麻酔下での口腔外科手術にあたり、術前検査に基づいて病状と全身状態を把握し、適切な周術期管理を行う

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」： 23

妊娠期、乳幼児期、学齢期、成人期、高齢期等の患者に対し、年齢と年齢に応じた特性を考慮し、それぞれの歯科疾患の予防と治療にあたる

研修歯科医 氏名： \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン： \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日： \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 24

ライフステージや全身状態に応じて歯科治療後に予測される状況について丁寧に説明し、患者の意思を十分に確認した上で治療を行う

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 25

歯周病の治療にあたり、歯科衛生士と連携した治療計画を作成する

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D. 等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」： 26

さまざまな義歯や義歯以外の補綴治療にあたり、歯科技工士と連携をとりながら適切な歯科技工指示書作成する

研修歯科医 氏名： \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン： \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日： \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」： 27

緩和医療や栄養サポートチームの活動や ICU での管理等において、口腔ケアの重要性を理解し、患者の口腔衛生状態を患者やチームのメンバーに説明する、など

研修歯科医 氏名： \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン： \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日： \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D. 等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」： 28

熊本県における地域包括ケアシステムの医療連携について理解を深め、指導歯科医に説明する

研修歯科医 氏名： \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン： \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日： \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」： 29

熊本県における地域包括ケアシステムでの歯科医療の役割について理解を深め、指導歯科医に説明する

研修歯科医 氏名： \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン： \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日： \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 30

他診療科のがん患者のスタッフと連携を図りながら周術期の口腔機能管理を行う

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 31

口腔がん患者の入院加療にあたり、入退院時の患者情報を多職種と共有し、多職種支援を行う

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」： 32

熊本県内の地域の歯科医師会の地域歯科保健活動を理解し、指導歯科医に説明する

研修歯科医 氏名： \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン： \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日： \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 33

保健所や自治体等の地域歯科保健活動を理解し、指導歯科医に説明する

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」： 34

各種法制度の目的と仕組みを理解し、指導歯科医に説明する

研修歯科医 氏名： \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン： \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日： \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 35

保険医集団指導を受講し、保険診療を行った患者の診療報酬請求書(レセプト)を指導歯科医とともに確認する

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。(I.D.等も消去)
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。

## 令和6年度熊本大学病院歯科医師臨床研修プログラム

### 到達目標達成のための必要症例 病歴要約等提出表紙

「研修内容」: 36

介護保険制度の目的と仕組みを理解し、指導歯科医に説明する

研修歯科医 氏名: \_\_\_\_\_

指導歯科医への提出日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

指導歯科医の確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎提出前チェック（下記項目の全てに✓がないと受け取れません。）

・ 個人情報を消去していますか？ はい

・ 病歴要約には下記事項を含んでいますか？

病歴 、身体所見 、検査所見 、アセスメント 、  
プラン（診断、治療、教育）、考察

総合臨床研修センター 受領日: \_\_\_\_\_

#### 病歴要約の提出にあたっての注意

- 研修歯科医は、指導歯科医の先生からのサイン後、適宜、総合臨床研修センターへ提出してください。
- 指導歯科医の先生は、サインの際に、上記注意事項を遵守しているかどうか確認ください。
- 総合臨床研修センターでは、確認の上、臨床研修終了後5年間保存します。
- 提出時には患者が特定できるような個人情報は、あらかじめ消去しておいてください。（I.D.等も消去）
- 研修内容と関係するキーワードには、ラインマーカー等で印をつけておいてください。
- 主治医・記載医の記入欄がある場合は、その記入欄の筆頭に自身の氏名を記入してください。ない場合は、病歴要約の本紙に自身の氏名を記入してください。
- 提出に当たっては、必ずコピーを各自保存しておいてください。
-