

## 令和7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:

指導歯科医への説明日: 年 月 日

指導歯科医 確認サイン:

研修内容(指導歯科医に説明した内容を記入してください。)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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。
- 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7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： \_\_\_\_\_

指導歯科医への説明日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン： \_\_\_\_\_

研修内容(指導歯科医に説明した内容を記入してください。)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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。
- 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7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 確認日: 年 月 日

指導歯科医 確認サイン:

研修内容(実施した内容を具体的に記入してください。)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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。
- 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7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 確認日: 年 月 日

指導歯科医 確認サイン:

研修内容(実施した内容を具体的に記入してください。)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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。
- 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7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: \_\_\_\_\_

指導歯科医への説明日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

研修内容(指導歯科医に説明した内容を記入してください。)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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。
- 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7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:

指導歯科医への説明日: 年 月 日

指導歯科医 確認サイン:

研修内容(指導歯科医に説明した内容を記入してください。)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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。
- 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7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:

指導歯科医への説明日: 年 月 日

指導歯科医 確認サイン:

研修内容(指導歯科医に説明した内容を記入してください。)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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。
- 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。

(総合臨床研修センターHP からダウンロードしてください。)

## 令和7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: \_\_\_\_\_

保険医集団指導の受講日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

### 研修内容(指導歯科医とともに確認した内容を記入してください。)

---

---

---

---

---

---

---

---

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。
- 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7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: \_\_\_\_\_

指導歯科医への説明日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

指導歯科医 確認サイン: \_\_\_\_\_

研修内容(指導歯科医に説明した内容を記入してください。)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

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。
- 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。