記載者氏名（自筆）　　　　　　　　　　　　　印

1）提出番号　　　　　　　指導責任者：（症例診療時責任者署名・押印）　　　　　　　　　　印

2）提出番号　　　　　　　指導責任者：（症例診療時責任者署名・押印）　　　　　　　　　　印

3）提出番号　　　　　　　指導責任者：（症例診療時責任者署名・押印）　　　　　　　　　　印

4）提出番号　　　　　　　指導責任者：（症例診療時責任者署名・押印）　　　　　　　　　　印

　※認定研修施設の場合は、専門医・暫定指導医・研修指導者資格を有する認定医・施設長

　　/ 認定研修施設ではない場合は施設長

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提出 番号 | 症例区分  （複数選択不可） | 認定研修施設の  症例に○を付与 | 提出 番号 | 症例区分  （複数選択不可） | 認定研修施設の  症例に○を付与 |
| 1 |  |  | 11 |  |  |
| 2 |  |  | 12 |  |  |
| 3 |  |  | 13 |  |  |
| 4 |  |  | 14 |  |  |
| 5 |  |  | 15 |  |  |
| 6 |  |  | 16 |  |  |
| 7 |  |  | 17 |  |  |
| 8 |  |  | 18 |  |  |
| 9 |  |  | 19 |  |  |
| 10 |  |  | 20 |  |  |

【チェック項目】

□　10例以上は認定研修施設での症例である

□　各症例区分の症例が、それぞれ1例以上ある

【症例区分には下記の番号、または名称をご記載下さい】

①身体症状（痛み）、②身体症状（痛み以外）、③精神症状、④せん妄、

⑤終末期の鎮静、⑥社会的な関わり⑦スピリチュアルな関わり、⑧その他