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

　　　　/ 認定研修施設外研修の場合は暫定指導医・専門医

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 認定研修施設外研修開始後の症例に○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 | 認定研修施設外研修開始後の症例に○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】

□　全例が認定研修施設あるいは認定研修施設外での研修を開始後の症例であること

□　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