

大学病院概況表（単独型相当大学病院）

| | | | |
|--|---------------------------------|--|--|
| | | 申請年月日 | |
| | | 施設番号（既取得施設のみ記入） | |
| | | 同時に申請する施設区分がある場合、その施設区分（申請する区分を選択） | |
| | | 病院名称 | |
| 1 | 病院名称 | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 | |
| | | (フリガナ) | |
| | | 名称 | |
| 2 | 病院の所在地 | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 | |
| | | 〒 | |
| | | 都道府県 | |
| | | 所在地 | |
| | | 電話 | |
| | | FAX | |
| 3 | 病院の開設者の氏名 (法人の場合は法人名) | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 | |
| | | (フリガナ) | |
| | | 氏名 | |
| 4 | 病院の開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地) | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 | |
| | | 〒 | |
| | | 都道府県 | |
| | | 所在地 | |
| | | 電話 | |
| | | FAX | |
| 5 | 病院の管理者の氏名 | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 | |
| | | (フリガナ) | |
| | | 氏名 | |
| 6 | 病院のウェブサイト | 歯科医師臨床研修に関する情報もしくは病院概況を掲載しているウェブサイトのアドレスを記入すること。ウェブサイトがない場合、空欄とすること。 | |
| 7 | 歯科医師の員数 | 当該病院に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「21 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。 | |
| | | 常に勤務する歯科医師数 | 名 人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。 |
| | | うち常勤の指導歯科医数 | 名 「21 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「3. 指導歯科医」を選択する人数を記入すること。 |
| 8 | 歯科衛生士の員数 | 常勤換算 | 名 当該病院に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。 |
| 9 | 看護師の員数 | 常勤換算 | 名 当該病院に勤務する看護師（准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者）について、常勤換算し、記入すること。 |
| 10 | 診療科名 | 医療法に基づき当該病院が標ぼうする診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。 | |
| | | | |
| | | 医科（歯科医師臨床研修で関与する診療科のみ記入し、その他の診療科については「他○(数)診療科あり」とすること） | |
| | | | 他○(数)診療科あり |
| 11 | 病床数 | 病院全体の病床数 | 床 医療法上の許可病床数（一般病床数）を記入すること。 |
| | | うち歯科病床数 | 床 歯科関連病床数を記入すること。 |
| 12 | 臨床研修の実施に関し必要な施設及び設備 | 歯科診療台及び歯科用吸引装置（口腔外）については台数を記入すること。その他の設備についてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。 | |
| | | 歯科診療台 | 台 |
| | | ポータブルユニット | |
| | | デンタルエックス線装置 | |
| | | パノラマ断層撮影装置 | |
| | | オートクレーブ | |
| | | 生体モニター | |
| | | 口腔内画像処理システム | ※口腔内を撮影し、画像を提示できるもの。 |
| | | 自動体外式除細動器（AED） | |
| | | 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター） | |
| | | 酸素ボンベ及び酸素マスク | |
| | | 血圧計 | |
| | | 救急蘇生セット | |
| | | 歯科用吸引装置（口腔外） | 台 |
| 臨床研修の実施に必要な設備について、プルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。 | | | |
| 医学・歯学図書又は雑誌 | 【1.有 0.無】 | | |
| インターネット環境 | 【1.有 0.無】 | | |

| | | | | | |
|--|---|---|------------------------|-------------------------|-----------|
| 13 | 病歴管理体制 | 病歴管理者と診療録の保存期間について記入すること。 | | | |
| | | 病歴管理者の氏名及び役職 複数名いる場合は代表者を記入すること。 | (フリガナ) | | |
| | | | 氏名 | | |
| | | 診療録の保存期間 | | | 年間保存 |
| 14 | 医療安全管理体制 | 医療安全管理者と医療安全管理部門の設置状況について記入又はプルダウンから選択すること。 | | | |
| | | 医療安全管理者の氏名及び役職 複数名いる場合は代表者を記入すること。 | (フリガナ) | | |
| | | | 氏名 | | |
| | | 医療安全管理部門の設置状況 | ※病院は設置が必須。 | 設置の有無 | 【1.有 0.無】 |
| | | | 職員(専任、兼任の合計) | | 名 |
| | | 医療法施行規則第1条の11に基づき、医療機関において整備が必要な項目について、記入又はプルダウンから選択すること。 | | | |
| | | 医療に係る安全管理のための体制の確保 | 指針の策定状況 | 【1.有 0.無】 | |
| | | | 医療安全管理委員会の開催状況 | ※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能 | 年 回 |
| | | 院内感染対策のための体制の確保に係る措置 | 指針の策定状況 | 【1.有 0.無】 | |
| | | | 院内感染対策委員会の開催状況 | ※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能 | 年 回 |
| 医療機関内におけるインシデント・アクシデント(事故報告)の報告体制に係る措置 | 従業員に対する研修の実施状況 | ※年2回程度の職員研修が必須 | 年 回 | | |
| | 報告体制の整備 | 【1.有 0.無】 | | | |
| | 具体的な方法 | | | | |
| 15 | 患者からの相談に適切に応じる体制 | 患者相談窓口の設置状況の項目について、記入又はプルダウンから選択すること。 | | | |
| | | 患者相談窓口の設置状況 | 【1.設置済 2.意見箱の設置 3.その他】 | | |
| | | | その他の場合(具体的に記入すること) | | |
| | | | 対応時間(24時間表記) | ~ | |
| | 患者相談窓口等に係る規約の有無 | 【1.有 0.無】 | | | |
| 16 | 外来患者延べ数(※前年度実績) 申請年度の前年度中に来院した外来患者延べ数をもととすること。 「1日平均患者延べ数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数(小数点第二位を四捨五入)とすること。 | | 外来診療(訪問診療除く) | 訪問診療 | |
| | | 年間患者延べ数 | | | |
| | | 年間診療実日数 | | | |
| | | 1日平均患者延べ数 | | | |
| | | | | | |
| 16 | 入院患者数(※前年度実績) 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。入院設備がない場合は「なし」と記入すること。 | | 歯科・歯科口腔外科 | | |
| | | 年間入院患者実数 | | | |
| 17 | 研修関連記録の保存 | 研修関連記録の保存方法と保存期間について、記入又はプルダウンから選択すること。 | | | |
| | | 保存方法 | 【1.文書 2.電子媒体 3.その他】 | | |
| | | | その他の場合(具体的に記入すること) | | |
| | 保存期間 | | | 年間保存 | |

| | | | | | |
|--------------------------------|--|------|--|----------------|---------|
| 研修管理委員会について、記入又はプルダウンから選択すること。 | | | | | |
| 18 | 研修管理委員会の運営 指針 | 作成状況 | 1. 作成済 0. 未作成 | 未作成の場合は作成すること。 | |
| | 研修管理委員会の議事 内容等の記録・保管 | 保存方法 | 【1. 文書 2. 電子媒体 3. その他】 その他の場合（具体的に記入すること） | | |
| | | 保存期間 | | 年間保存 | |
| | 研修管理委員会の開催 状況 | 年 | 回 | | |
| 研修管理委員会の出席 率（前年度実績） | 年間平均 | % | 委任状出席を認めている場合は、委任状 出席を含んだ出席状況とすること。 | | |
| 19 | 研修管理委員会の構成員の氏名等 研修管理委員会の構成員について、氏名（フリガナ）、所属、役職等を記入すること。 ※最上欄には、研修管理委員長について記入すること。 ※「所属」「役職」欄には、当該構成員が所属する病院の名称、役職を記入すること。 ※「備考」欄には、管理者、プログラム責任者、指導歯科医、研修実施責任者、外部委員及び事務部門の責任者について、その旨を記入すること。その他の構成員については 空欄で差し支えない。 ※欄が不足する場合は、適宜追加すること。 | | | | |
| | | 氏 名 | 所 属 | 役 職 | 備 考 |
| 1 | フリガナ 氏名 | | | | 研修管理委員長 |
| 2 | フリガナ 氏名 | | | | |
| 3 | フリガナ 氏名 | | | | |
| 4 | フリガナ 氏名 | | | | |
| 5 | フリガナ 氏名 | | | | |
| 6 | フリガナ 氏名 | | | | |
| 7 | フリガナ 氏名 | | | | |
| 8 | フリガナ 氏名 | | | | |
| 9 | フリガナ 氏名 | | | | |
| 10 | フリガナ 氏名 | | | | |
| 11 | フリガナ 氏名 | | | | |
| 12 | フリガナ 氏名 | | | | |
| 13 | フリガナ 氏名 | | | | |
| 14 | フリガナ 氏名 | | | | |
| 15 | フリガナ 氏名 | | | | |
| 16 | フリガナ 氏名 | | | | |
| 17 | フリガナ 氏名 | | | | |
| 18 | フリガナ 氏名 | | | | |
| 19 | フリガナ 氏名 | | | | |
| 20 | フリガナ 氏名 | | | | |

20 管理する研修プログラム

※自病院が管理する（参加する）すべての研修プログラムについて、記入又はプルダウンから選択すること。（自施設が管理（参加）を申請中の研修プログラムも含む。また、研修協力施設として参加している研修プログラムは除く。）欄が不足する場合は、適宜追加すること。

| 番号 | 研修プログラム番号 | 研修プログラムの名称 | 施設区分 (プルダウンから選択) | 自病院での研修期間 (○ヶ月、○週間など) | 受け入れた研修歯科医数 (※前年度実績) (○名) |
|----|-----------|------------|---------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |

大学病院概況表（単独型相当大学病院）

| | |
|-------|--|
| 施設番号： | |
| 病院名称： | |

21 歯科医師名簿

※自病院に勤務し、歯科医師臨床研修に関与するすべての歯科医師について記入すること。（研修歯科医は含まないこと）
 「臨床経験年数」欄には、研修歯科医の期間も含めた臨床経験年数を年単位で記入すること（1年未満の端数は切り捨て）。
 「指導歯科医講習会受講歴」欄には、指導歯科医講習会の受講年、講習会名を記入すること
 「プログラム責任者講習会受講の有無」欄には、プログラム責任者講習会の受講歴の有無をプルダウンから選択すること。
 「取得している専門医・認定医資格」欄には、日本歯科医学会専門分科会に登録されている学会の専門医・認定医資格を記入すること。
 「研修に関する役割等」欄には、（1. プログラム責任者、2. 副プログラム責任者、3. 指導歯科医、4. その他）の該当する番号を記入すること。（複数選択可）
 「勤務状況」欄について、自病院で定めた歯科医師の勤務時間のすべてを勤務する歯科医師と、常に勤務する歯科医師として常勤換算の対象とする非常勤歯科医師の場合には1を、それ以外の場合には2を選択すること。
 常に勤務する歯科医師と、常に勤務する歯科医師として常勤換算を行う歯科医師については、1週間当たり勤務する日数を記入すること。
 「フォローアップ研修受講歴の有無」欄について、指導歯科医のフォローアップ研修の受講歴の有無をプルダウンから選択すること。「1.有」を選択する場合は受講年も記入すること。
 欄が不足する場合は、適宜追加すること。

| 番号 | (フリガナ) 氏名 | 臨床経験年数 | 指導歯科医講習会受講歴 (初回：受講年、講習会名) | | プログラム責任者講習会受講の有無 | 取得している専門医・認定医資格 | 研修に関する役割等 1.プログラム責任者 2.副プログラム責任者 3.指導歯科医 4.その他 該当番号を記入 1,3 | 勤務状況 | | フォローアップ研修 | |
|----|-------------------|--------|------------------------------|--------------|------------------|-----------------|--|---------------------------|--------|--------------|---|
| | | | 1.常に勤務する歯科医師 | 2.その他 | | | | 常に勤務する歯科医師の1週間当たりの勤務日数 | 受講歴の有無 | 受講年 | |
| 例 | コウセイ タロウ 厚生 太郎 | 18年 | | 年 ○○指導歯科医講習会 | 【1.有 0.無】 | ○○学会 専門医 | | 1.常に勤務する 歯科医師 2.その他 | ○○日 | 【1.有 0.無】 | 年 |
| 1 | | 年 | | 年 | | | | | | | 年 |
| 2 | | 年 | | 年 | | | | | | | 年 |
| 3 | | 年 | | 年 | | | | | | | 年 |
| 4 | | 年 | | 年 | | | | | | | 年 |
| 5 | | 年 | | 年 | | | | | | | 年 |
| 6 | | 年 | | 年 | | | | | | | 年 |
| 7 | | 年 | | 年 | | | | | | | 年 |
| 8 | | 年 | | 年 | | | | | | | 年 |
| 9 | | 年 | | 年 | | | | | | | 年 |
| 10 | | 年 | | 年 | | | | | | | 年 |
| 11 | | 年 | | 年 | | | | | | | 年 |
| 12 | | 年 | | 年 | | | | | | | 年 |
| 13 | | 年 | | 年 | | | | | | | 年 |
| 14 | | 年 | | 年 | | | | | | | 年 |
| 15 | | 年 | | 年 | | | | | | | 年 |
| 16 | | 年 | | 年 | | | | | | | 年 |
| 17 | | 年 | | 年 | | | | | | | 年 |
| 18 | | 年 | | 年 | | | | | | | 年 |
| 19 | | 年 | | 年 | | | | | | | 年 |
| 20 | | 年 | | 年 | | | | | | | 年 |

大学病院概況表（単独型相当大学病院）

| | |
|-------|--|
| 施設番号： | |
| 病院名称： | |

※以下からは研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

| | | | | | |
|----|----------------------|--|------------------------|-----|-----|
| 22 | 研修プログラムの名称 | | | | |
| 23 | 研修プログラムの特色 | ※臨床研修の基本理念を踏まえ、本研修プログラムにはどのような特色があるか記入すること。 | | | |
| | | | | | |
| 24 | 臨床研修の目標 | ※本研修プログラムでは、臨床研修の修了時にどのようなことが達成されていることをめざすのか記入すること。 | | | |
| | | | | | |
| 25 | 臨床研修の目標を達成するための研修内容等 | 症例数の数え方、考え方について ※本研修プログラムを実施する場合、病院ごとの症例数ではなく、本研修プログラム全体の症例数について、記入又はプルダウンから選択すること。 1. 初診から終診まで担当した患者ごとに一症例とする 2. 処置ごとに一症例とする 3. その他 | | | |
| | | その他の場合（具体的に記入すること） | | | |
| | | 歯科医師臨床研修の到達目標を達成するため研修歯科医1人当たり に必要な症例数（合計） | | | 例 |
| | | 研修期間中に経験することを目標とする研修歯科医1人当たり症例 数(目標症例数)（合計） | | | 例 |
| | | 研修協力施設での研修分野・内容： ※研修協力施設と共同して研修を行う場合に記入すること。 ※厚生労働省が示す「歯科医師臨床研修の到達目標」以外に研修プログラムごとに設定する到達目標 がある場合は、備考欄に記入すること。 | | 備考： | |
| | | | | | |
| 26 | プログラム責任者の氏名 | プログラム責任者 | (フリガナ) | | |
| | | | 氏名 | | |
| | | 副プログラム責任者 | (フリガナ) | | |
| | | | 氏名 | | |
| 27 | 研修期間 | 年 | | | |
| 28 | 共同して臨床研修を行う施設数 | 研修協力施設：合計 ※研修協力施設と共同して研修を行う場合に記入すること。 | | 施設 | |
| 29 | 研修歯科医の指導体制 | 研修歯科医の指導体制について、プルダウンから選択すること。 「3. その他」を選択した場合は、具体的に指導体制を記入すること。 | | | |
| | | 1. 指導歯科医の直接の指導が中心 2. 指導歯科医の指導監督の下、上級歯科医による屋根瓦方式を基本とする 3. その他 | | | |
| | | その他の場合（具体的に記入すること） | | | |
| 30 | 募集定員 | 名 | | | |
| 31 | 研修歯科医の募集及び採用の方法 | 募集方法 | 【1. 公募 2. その他】 | | |
| | | | その他の場合 | | |
| | | 選考方法 (複数選択可) | 【1. 面接 2. 筆記試験 3. その他】 | | |
| | | | その他の場合（具体的に記入すること） | | |
| | | 募集及び選考の時期 | 募集時期 | | 頃から |
| | | | 選考時期 | | 頃から |
| | マッチング利用の有無 | 【1.有 0.無】 | | | |
| | 研修開始時期 | | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------|--|------------------|--------------|------|-----------|
| 32 | 研修歯科医の処遇 | 常勤・非常勤の別 | 【1.常勤 2.非常勤】 | | | |
| | | 研修手当 | 基本手当（時給換算） | | 円／時間 | |
| | | | 賞与／年 | | 円 | |
| | | その他手当 | 【1.有 0.無】 | | | |
| | | | その他（具体的に） | | | |
| | | 勤務時間 | 基本的な勤務時間 | ～ | | |
| | | | その他（具体的に） | | | |
| | | 休暇 | 基本的な休暇 | | | |
| | | | その他（具体的に） | | | |
| | | 時間外勤務 | 【1.有 0.無】 | | | |
| | | 当直 | 【1.有 0.無】 | | | |
| | | 研修歯科医の宿舎 | 【1.有 0.無】 | | | |
| | | | 有の場合 | | 戸 | |
| | | | 無の場合 | 住宅手当／月 | 円 | |
| | | 研修歯科医のための施設内の部屋 | 【1.有 0.無】 | | | |
| | | 社会保険・労働保険 | 公的医療保険 | | | |
| | | | 公的年金保険 | | | |
| | | | 労働者災害補償保険法の適用 | | | 【1.有 0.無】 |
| | | | 国家・地方公務員災害補償法の適用 | | | 【1.有 0.無】 |
| | | 健康管理 | 雇用保険 | | | 【1.有 0.無】 |
| 健康診断 | 年 | | | 回 | | |
| | その他（具体的に） | | | | | |
| 歯科医師賠償責任保険の扱い | 医療機関において加入 | | | 【1.する 0.しない】 | | |
| | 個人加入 | | | 【1.強制 0.任意】 | | |
| 外部の研修活動 | 学会、研究会等への参加 | | | 【1.可 0.否】 | | |
| | 学会、研究会等への参加費用支給 | | | 【1.有 0.無】 | | |
| 研修協力施設における処遇の運用 （※該当ある場合のみ記入すること） | | 1. 単独型相当大学病院と同一の処遇とする。 2. 独自の処遇とする。 | | | | |

| | | | | | |
|----|----------------|-----------|--|--|--|
| 33 | 研修歯科医の評価に関する事項 | 修了判定を行う項目 | | | |
| | | 修了判定を行う基準 | | | |

| | | | | | |
|--------|-------------------------|--------|--|--|--|
| 34 | 研修プログラムに関する問い合わせ先・資料請求先 | 〒 | | | |
| | | 都道府県 | | | |
| | | 所在地 | | | |
| | | 担当部門 | | | |
| | | (フリガナ) | | | |
| | | 担当者氏名 | | | |
| | | 役職 | | | |
| | | 電話番号 | | | |
| | | F A X | | | |
| E-mail | | | | | |
| ホームページ | http:// | | | | |

以下は、研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合に記入又はプルダウンから選択すること。

| | | | | | | | |
|----|--|----------------------------|------|-----------------------------|-----------------|-------------------|--|
| 36 | 研修協力施設の名称及び指導体制 ※すべての研修協力施設について施設番号順に、施設番号、施設名称、施設の種類の等々を記入又はプルダウンから選択すること。 ※欄が不足する場合は、適宜追加すること。 | 施設番号 ※新規申請中の場合は空欄とすること。 | 施設名称 | 施設の種類の 1.医療機関 2.その他機関 | 研修歯科医の指導を行う者の氏名 | 研修歯科医の指導を行う者の担当分野 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

大学病院概況表（管理型相当大学病院）

| | |
|-------|--|
| 申請年月日 | |
|-------|--|

| | |
|------------------------------------|--|
| 施設番号（既取得施設のみ記入） | |
| 同時に申請する施設区分がある場合、その施設区分（申請する区分を選択） | |
| 病院名称 | |

| | | | | |
|--|---------------------------------|--|--------|--|
| 1 | 病院名称 | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 | | |
| | | （フリガナ） | | |
| | | 名称 | | |
| 2 | 病院の所在地 | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 | | |
| | | 〒 | | |
| | | 都道府県 | | |
| | | 所在地 | | |
| | | 電話 | | |
| FAX | | | | |
| 3 | 病院の開設者の氏名 (法人の場合は法人名) | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 | | |
| | | （フリガナ） | | |
| | | 氏名 | | |
| 4 | 病院の開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地) | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 | | |
| | | 〒 | | |
| | | 都道府県 | | |
| | | 所在地 | | |
| | | 電話 | | |
| FAX | | | | |
| 5 | 病院の管理者の氏名 | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 | | |
| | | （フリガナ） | | |
| | | 氏名 | | |
| 6 | 病院のウェブサイト | 歯科医師臨床研修に関する情報もしくは病院概況を掲載しているウェブサイトのアドレスを記入すること。ウェブサイトがない場合、空欄とすること。 | | |
| | | | | |
| 7 | 歯科医師の員数 | 当該病院に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「21 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。 | | |
| | | 常に勤務する歯科医師数 | 名 | 「21 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1. 常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。 |
| | | うち常勤の指導歯科医数 | 名 | 「21 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「3. 指導歯科医」を選択する人数を記入すること。 |
| 8 | 歯科衛生士の員数 | 常勤換算 | 名 | 当該病院に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。 |
| | | | | |
| 9 | 看護師の員数 | 常勤換算 | 名 | 当該病院に勤務する看護師（准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者）について、常勤換算し、記入すること。 |
| | | | | |
| 10 | 診療科名 | 医療法に基づき当該病院が標ぼうする診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。 | | |
| | | | | |
| | | 他○(数)診療科あり | | |
| | | 他○(数)診療科あり | | |
| 11 | 病床数 | 病院全体の病床数 | 床 | 医療法上の許可病床数（一般病床数）を記入すること。 |
| | | うち歯科病床数 | 床 | 歯科関連病床数を記入すること。 |
| 12 | 臨床研修の実施に関し 必要な施設及び設備 | 歯科診療台及び歯科用吸引装置（口腔外）については台数を記入すること。その他の設備についてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。 | | |
| | | 歯科診療台 | | 台 |
| | | ポータブルユニット | | |
| | | デンタルエックス線装置 | | |
| | | パノラマ断層撮影装置 | | |
| | | オートクレーブ | | |
| | | 生体モニター | | |
| | | 口腔内画像処理システム | | ※口腔内を撮影し、画像を提示できるもの。 |
| | | 自動体外式除細動器（AED） | | |
| | | 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター） | | |
| | | 酸素ボンベ及び酸素マスク | | |
| | | 血圧計 | | |
| | | 救急蘇生セット | | |
| | | 歯科用吸引装置（口腔外） | | 台 |
| 臨床研修の実施に必要な設備について、プルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。 | | | | |
| 医学・歯学図書又は雑誌 | 【1. 有 0. 無】 | | | |
| インターネット環境 | 【1. 有 0. 無】 | | | |
| 13 | 病歴管理体制 | 病歴管理者と診療録の保存期間について記入すること。 | | |
| | | 病歴管理者の氏名及び役職 | （フリガナ） | |
| | | 氏名 | | |
| | | 複数名いる場合は代表者を記入すること。 | 役職 | |
| | | 診療録の保存期間 | | 年間保存 |

| | | | | |
|--|--|---|-------------------------|---|
| 14 | 医療安全管理体制 | 医療安全管理者と医療安全管理部門の設置状況について記入又はプルダウンから選択すること。 | | |
| | 医療安全管理者の氏名及び役職 <small>複数名いる場合は代表者を記入すること。</small> | (フリガナ) | | |
| | | 氏名 | | |
| | 医療安全管理部門の設置状況 | 役職 | | |
| | | ※病院は設置が必須。 | | |
| | | 設置の有無 | 【1.有 0.無】 | |
| | 医療に係る安全管理のための体制の確保 | 職員(専任、兼任の合計) | | 名 |
| | | 医療法施行規則第1条の11に基づき、医療機関において整備が必要な項目について、記入又はプルダウンから選択すること。 | | |
| | | 指針の策定状況 | 【1.有 0.無】 | |
| | | 医療安全管理委員会の開催状況 | ※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能 | |
| | | | 年 | 回 |
| | | 職員研修の実施状況 | ※年2回程度の職員研修が必須 | |
| | 院内感染対策のための体制の確保に係る措置 | | 年 | 回 |
| | | 指針の策定状況 | 【1.有 0.無】 | |
| 院内感染対策委員会の開催状況 | | ※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能 | | |
| | | 年 | 回 | |
| 従業者に対する研修の実施状況 | | ※年2回程度の従業者に対する研修が必須 | | |
| | | 年 | 回 | |
| 医療機関内におけるインシデント・アクシデント(事故報告)の報告体制に係る措置 | 報告体制の整備 | 【1.有 0.無】 | | |
| | 具体的な方法 | | | |

| | | | | |
|-----------------|------------------|---------------------------------------|--|---|
| 15 | 患者からの相談に適切に応じる体制 | 患者相談窓口の設置状況の項目について、記入又はプルダウンから選択すること。 | | |
| | 患者相談窓口の設置状況 | 【1.設置済 2.意見箱の設置 3.その他】 | | |
| | | その他の場合(具体的に記入すること) | | |
| | | 対応時間(24時間表記) | | ～ |
| 患者相談窓口等に係る規約の有無 | | 【1.有 0.無】 | | |

| | | | |
|----|--|--------------|------|
| 16 | 外来患者延べ数(※前年度実績) | | |
| | 申請年度の前年度中に来院した外来患者延べ数をもととすること。 「1日平均患者延べ数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数(小数点第二位を四捨五入)とすること。 | | |
| | | 外来診療(訪問診療除く) | 訪問診療 |
| | 年間患者延べ数 | | |
| | 年間診療実日数 | | |

| | | | |
|----|---|-----------|--|
| 16 | 入院患者数(※前年度実績) | | |
| | 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。入院設備がない場合は「なし」と記入すること。 | | |
| | | 歯科・歯科口腔外科 | |
| | 年間入院患者実数 | | |

| | | | | |
|------|-----------|---|------|--|
| 17 | 研修関連記録の保存 | 研修関連記録の保存方法と保存期間について、記入又はプルダウンから選択すること。 | | |
| | 保存方法 | 【1.文書 2.電子媒体 3.その他】 | | |
| | | その他の場合(具体的に記入すること) | | |
| 保存期間 | | | 年間保存 | |

| | | | | | |
|----|--------------------------------|------|---------------------|----------------|------------------------------------|
| 18 | 研修管理委員会について、記入又はプルダウンから選択すること。 | | | | |
| | 研修管理委員会の運営指針 | 作成状況 | 1.作成済 0.未作成 | 未作成の場合は作成すること。 | |
| | 研修管理委員会の議事内容等の記録・保管 | 保存方法 | 【1.文書 2.電子媒体 3.その他】 | | |
| | | 保存期間 | その他の場合(具体的に記入すること) | | |
| | 研修管理委員会の開催状況 | 年 | | 回 | |
| | 研修管理委員会の出席率(前年度実績) | 年間平均 | | % | 委任状出席を認めている場合は、委任状出席を含んだ出席状況とすること。 |

| 研修管理委員会の構成員の氏名等 研修管理委員会の構成員について、氏名（フリガナ）、所属、役職等を記入すること。 ※最上欄には、研修管理委員長について記入すること。 ※「所属」「役職」欄には、当該構成員が所属する病院の名称、役職を記入すること。 ※「備考」欄には、管理者、プログラム責任者、指導歯科医、研修実施責任者、外部委員及び事務部門の責任者について、その旨を記入すること。その他の構成員については空欄で差し支えない。 ※欄が不足する場合は、適宜追加すること。 | | | | |
|--|------------|----|----|---------|
| | 氏名 | 所属 | 役職 | 備考 |
| 19 | フリガナ 氏名 | | | 研修管理委員長 |
| 2 | フリガナ 氏名 | | | |
| 3 | フリガナ 氏名 | | | |
| 4 | フリガナ 氏名 | | | |
| 5 | フリガナ 氏名 | | | |
| 6 | フリガナ 氏名 | | | |
| 7 | フリガナ 氏名 | | | |
| 8 | フリガナ 氏名 | | | |
| 9 | フリガナ 氏名 | | | |
| 10 | フリガナ 氏名 | | | |
| 11 | フリガナ 氏名 | | | |
| 12 | フリガナ 氏名 | | | |
| 13 | フリガナ 氏名 | | | |
| 14 | フリガナ 氏名 | | | |
| 15 | フリガナ 氏名 | | | |
| 16 | フリガナ 氏名 | | | |
| 17 | フリガナ 氏名 | | | |
| 18 | フリガナ 氏名 | | | |
| 19 | フリガナ 氏名 | | | |
| 20 | フリガナ 氏名 | | | |

20 管理する研修プログラム

※自病院が管理する（参加する）すべての研修プログラムについて、記入又はプルダウンから選択すること。（自施設が管理（参加）を申請中の研修プログラムも含む。また、研修協力施設として参加している研修プログラムは除く。）欄が不足する場合は、適宜追加すること。

| | 研修プログラム番号 | 研修プログラム名称 | 施設区分 (プルダウンから選択) | 自病院での研修期間 (○ヶ月、○週間など) | 受け入れた研修歯科医数 (※前年度実績) (○名) |
|---|-----------|-----------|---------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |

大学病院概況表（管理型相当大学病院）

| | |
|-------|--|
| 施設番号： | |
| 病院名称： | |

※以下からは研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

※協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院については、協力型（Ⅰ）臨床研修施設及び協力型（Ⅱ）臨床研修施設とみなすこと。

| | | | | | |
|------------------|--|--|--|----|-----|
| 22 | 研修プログラムの名称 | | | | |
| 23 | 研修プログラムの特色 | ※臨床研修の基本理念を踏まえ、本研修プログラムにはどのような特色があるか記入すること。 | | | |
| 24 | 臨床研修の目標 | ※本研修プログラムでは、臨床研修の修了時にどのようなことが達成されていることをめざすのか記入すること。 | | | |
| 25 | 臨床研修の目標を達成するための研修内容等 | 症例数の数え方、考え方について ※本研修プログラムを実施する場合の、施設ごとの症例数ではなく、本プログラム全体の症例数を記入又はプルダウンから選択すること。 | | | |
| | | 1. 初診から終診まで担当した患者ごとに一症例とする 2. 処置ごとに一症例とする 3. その他 | | | |
| | | その他の場合（具体的に記入すること） | | | |
| | | 歯科医師臨床研修の到達目標を達成するため研修歯科医1人当たりに必要な症例数（合計） | | 例 | |
| | | 研修期間中に経験することを目標とする研修歯科医1人当たり症例数(目標症例数)（合計） | | 例 | |
| | | 協力型(Ⅱ)臨床研修施設での研修分野・内容： | ※協力型(Ⅱ)臨床研修施設と共同して研修を行う場合に記入すること 協力型(Ⅱ)臨床研修施設が補完する臨床研修施設の区分 研修分野・内容： | | |
| 研修協力施設での研修分野・内容： | ※研修協力施設と共同して研修を行う場合に記入すること。 ※厚生労働省が示す「歯科医師臨床研修の到達目標」以外に研修プログラムごとに設定する到達目標がある場合は、備考欄に記入すること。 | | | | |
| 26 | プログラム責任者の氏名 | プログラム責任者 | (フリガナ) | | |
| | | | 氏名 | | |
| | | 副プログラム責任者 | (フリガナ) | | |
| | | | 氏名 | | |
| 27 | 研修期間 | 年 | | | |
| | | 臨床研修施設ごとの研修期間の内訳について、それぞれの臨床研修施設ごとに記入すること | | | |
| | | 管理型相当大学病院 | | か月 | |
| | | 協力型（Ⅰ）臨床研修施設 | | か月 | |
| 28 | 臨床研修施設群を構成する施設数（※該当する場合のみ記入すること） | 協力型(Ⅰ)臨床研修施設：合計 | | 施設 | |
| | | 協力型(Ⅱ)臨床研修施設：合計 | | 施設 | |
| | | 研修協力施設：合計 | | 施設 | |
| 29 | 研修歯科医の指導体制 | 研修歯科医の指導体制について、プルダウンから選択すること。 「3. その他」を選択した場合は、具体的に指導体制を記入すること。 | | | |
| | | 研修歯科医の指導体制について、選択し、その他具体的に記入すること。 1. 指導歯科医の直接の指導をが中心 2. 指導歯科医の指導監督の下、上級歯科医による屋根瓦方式を基本とする 3. その他 | | | |
| | | その他の場合（具体的に記入すること） | | | |
| 30 | 募集定員 | 名 | | | |
| 31 | 研修歯科医の募集及び採用の方法 | 募集方法 | 【1. 公募 2. その他】 その他の場合（具体的に記入すること） | | |
| | | 選考方法 (複数選択可) | 【1. 面接 2. 筆記試験 3. その他】 その他の場合（具体的に記入すること） | | |
| | | 募集及び選考の時期 | 募集時期 | | 頃から |
| | | | 選考時期 | | 頃から |
| | | マッチング利用の有無 | 【1.有 0.無】 | | |
| | 研修開始時期 | | | | |

| | | | | | | |
|---------|--|---|-------------------------|----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 32 | 研修歯科医の処遇 | 協力型（Ⅰ）臨床研修施設、協力型（Ⅱ）臨床研修施設、研修協力施設における処遇の適用 | | 1. 管理型と同一の処遇とする。 2. 独自の処遇とする。 | | |
| | 常勤・非常勤の別 | 【1.常勤 2.非常勤】 | | | | |
| | 研修手当 | 基本手当（時給換算） 賞与／年 | | 円／時間 | 円 | |
| | その他手当 | 【1.有 0.無】 その他（具体的に） | | | | |
| | 勤務時間 | 基本的な勤務時間 | | ～ | | |
| | 休暇 | 基本的な休暇 | その他（具体的に） | | | |
| | 時間外勤務 | 【1.有 0.無】 | | | | |
| | 当直 | 【1.有 0.無】 | | | | |
| | 研修歯科医の宿舎 | 有の場合 | | | 戸 | |
| | | 無の場合 | 住宅手当／月 | | 円 | |
| | 研修歯科医のための施設内の部屋 | 【1.有 0.無】 | | | | |
| | 社会保険・労働保険 | 公的医療保険 | | | | |
| | | 公的年金保険 | | | | |
| | | 労働者災害補償保険法の適用 | | 【1.有 0.無】 | | |
| | | 国家・地方公務員災害補償法の適用 | | 【1.有 0.無】 | | |
| | 健康管理 | 雇用保険 | 【1.有 0.無】 | | | |
| | | 健康診断 | 年 | | 回 | |
| | 歯科医師賠償責任保険の扱い | 医療機関において加入 | | 【1.する 0.しない】 | | |
| 個人加入 | | 【1.強制 0.任意】 | | | | |
| 外部の研修活動 | 学会、研究会等への参加 | | 【1.可 0.否】 | | | |
| | 学会、研究会等への参加費用支給 | | 【1.有 0.無】 | | | |
| 33 | 研修歯科医の評価に関する事項 | 修了判定を行う項目 | | | | |
| | | 修了判定を行う基準 | | | | |
| 34 | 研修プログラムに関する問い合わせ先・資料請求先 | 〒 | | | | |
| | | 都道府県 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |
| | | 担当部門 （フリガナ） | | | | |
| | | 担当者氏名 | | | | |
| | | 役職 | | | | |
| | | 電話番号 | | | | |
| | | FAX | | | | |
| | | E-mail | | | | |
| | | ホームページ | http:// | | | |
| 35 | 協力型（Ⅰ）・協力型（Ⅱ）臨床研修施設（相当大学病院） | 施設区分 | 施設番号 ※新規申請中は空欄とすること。 | 施設名称 | 他の臨床研修施設が管理する研修プログラムへの参加の有無 | 臨床研修施設として 新規指定を伴う 指定取消を伴う |
| | ※臨床研修施設群を構成するすべての協力型（Ⅰ）・協力型（Ⅱ）臨床研修施設について施設番号と臨床研修施設の名称を記入すること。 ※協力型（Ⅰ）臨床研修施設の施設番号順に記入した後、協力型（Ⅱ）臨床研修施設の施設番号順に記入すること。 ※欄が不足する場合は、適宜追加すること。 | 管理型 | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

以下は、研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合に記入又はプルダウンから選択すること。

| | | | | | | |
|----|--|----------------------------|------|-----------------------------|-----------------|-------------------|
| 36 | 研修協力施設の名称及び指導体制 | 施設番号 ※新規申請中の場合は空欄とすること。 | 施設名称 | 施設の種類の 1.医療機関 2.その他機関 | 研修歯科医の指導を行う者の氏名 | 研修歯科医の指導を行う者の担当分野 |
| | ※すべての研修協力施設について施設番号順に、施設番号、施設名称、施設の種類の種類等を記入又はプルダウンから選択すること。 ※欄が不足する場合は、適宜追加すること。 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

大学病院概況表（協力型（I）相当大学病院）

申請年月日

| | |
|------------------------------------|--|
| 施設番号（既取得施設のみ記入） | |
| 同時に申請する施設区分がある場合、その施設区分（申請する区分を選択） | |
| 病院名称 | |

| | | |
|--|---------|--|
| 書類の作成責任者の氏名及び連絡先 ※実際に歯科医師臨床研修の運用に携わっている担当者(連絡がつきやすい方)の連絡先を記入すること。 | (フリガナ) | |
| | 氏名 | |
| | 役職 | |
| | 連絡先電話番号 | |
| | E-mail | |

| | | | | |
|-------------|---------------------------------|--|---|--|
| 1 | 病院名称 | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 | | |
| | | (フリガナ) | | |
| | | 名称 | | |
| 2 | 病院の所在地 | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 | | |
| | | 〒 | | |
| | | 都道府県 | | |
| | | 所在地 | | |
| | | 電話 | | |
| FAX | | | | |
| 3 | 病院の開設者の氏名 (法人の場合は法人名) | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 | | |
| | | (フリガナ) | | |
| | | 氏名 | | |
| 4 | 病院の開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地) | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 | | |
| | | 〒 | | |
| | | 都道府県 | | |
| | | 所在地 | | |
| | | 電話 | | |
| FAX | | | | |
| 5 | 病院の管理者の氏名 | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 | | |
| | | (フリガナ) | | |
| | | 氏名 | | |
| 6 | 病院のウェブサイト | 歯科医師臨床研修に関する情報もしくは病院概況を掲載しているウェブサイトのアドレスを記入すること。ウェブサイトがない場合、空欄とすること。 | | |
| | | | | |
| 7 | 歯科医師の員数 | 当該病院に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「19 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。 | | |
| | | 常に勤務する歯科医師数 | 名 | 「19 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1. 常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。 |
| | | うち常勤の指導歯科医数 | 名 | 「19 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「1. 指導歯科医」を選択する人数を記入すること。 |
| 8 | 歯科衛生士の員数 | 常勤換算 | 名 | 当該病院に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。 |
| 9 | 看護師の員数 | 常勤換算 | 名 | 当該病院に勤務する看護師（准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者）について、常勤換算し、記入すること。 |
| 10 | 診療科名 | 医療法に基づき当該病院が標ぼうする診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。 | | |
| | | | | |
| | | 他○(数)診療科あり | | |
| | | 他○(数)診療科あり | | |
| 11 | 病床数 | 病院全体の病床数 | 床 | 医療法上の許可病床数（一般病床数）を記入すること。 |
| | | うち歯科病床数 | 床 | 歯科関連病床数を記入すること。 |
| | | | | |
| 12 | 臨床研修の実施に 必要な施設及び設備 | 歯科診療台及び歯科用吸引装置（口腔外）については台数を記入すること。その他の設備についてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。 | | |
| | | 歯科診療台 | | 台 |
| | | ポータブルユニット | | |
| | | デンタルエックス線装置 | | |
| | | パノラマ断層撮影装置 | | |
| | | オートクレーブ | | |
| | | 生体モニター | | |
| | | 口腔内画像処理システム | | ※口腔内を撮影し、画像を提示できるもの。 |
| | | 自動体外式除細動器（AED） | | |
| | | 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター） | | |
| | | 酸素ポンプ及び酸素マスク | | |
| | | 血圧計 | | |
| | | 救急蘇生セット | | |
| | | 歯科用吸引装置（口腔外） | | 台 |
| | | 臨床研修の実施に必要な設備について、プルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。 | | |
| 医学・歯学図書又は雑誌 | 【1. 有 0. 無】 | | | |
| インターネット環境 | 【1. 有 0. 無】 | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|------------------------|--------------------------------|---|
| 13 | 病歴管理体制 | 病歴管理者と診療録の保存期間について記入すること。 | | | |
| | | 病歴管理者の氏名及び役職 複数名いる場合は代表者を記入すること。 | (フリガナ) | | |
| | | | 氏名 | | |
| | | | 役職 | | |
| 診療録の保存期間 | | | 年間保存 | | |
| 14 | 医療安全管理体制 | 医療安全管理者と医療安全管理部門の設置状況について記入又はプルダウンから選択すること。 | | | |
| | | 医療安全管理者の氏名及び役職 複数名いる場合は代表者を記入すること。 | (フリガナ) | | |
| | | | 氏名 | | |
| | | | 役職 | | |
| | | 医療安全管理部門の設置状況 | ※病院は設置が必須。 | | |
| | | | 設置の有無 | 【1.有 0.無】 | |
| | | | | 職員(専任、兼任の合計) | 名 |
| | | 医療法施行規則第1条の11に基づき、医療機関において整備が必要な項目について、記入又はプルダウンから選択すること。 | | | |
| | | 医療に係る安全管理のための体制の確保 | 指針の策定状況 | 【1.有 0.無】 | |
| | | | 医療安全管理委員会の開催状況 | ※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能 年 回 | |
| | | | 職員研修の実施状況 | ※年2回程度の職員研修が必須 年 回 | |
| | | 院内感染対策のための体制の確保に係る措置 | 指針の策定状況 | 【1.有 0.無】 | |
| | | | 院内感染対策委員会の開催状況 | ※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能 年 回 | |
| | | | 従業者に対する研修の実施状況 | ※年2回程度の従業者に対する研修が必須 年 回 | |
| 医療機関内におけるインシデント・アクシデント(事故報告)の報告体制に係る措置 | 報告体制の整備 | 【1.有 0.無】 | | | |
| | 具体的な方法 | | | | |
| 15 | 患者からの相談に適切に応じる体制 | 患者相談窓口の設置状況の項目について、記入又はプルダウンから選択すること。 | | | |
| | | 患者相談窓口の設置状況 | 【1.設置済 2.意見箱の設置 3.その他】 | | |
| | | | その他の場合(具体的に記入すること) | | |
| | | | 対応時間(24時間表記) | ~ | |
| | | 患者相談窓口等に係る規約の有無 | 【1.有 0.無】 | | |
| 16 | 外来患者延べ数(※前年度実績) 申請年度の前年度中に来院した外来患者延べ数をもととすること。 「1日平均患者延べ数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数(小数点第二位を四捨五入)とすること。 | 外来診療(訪問診療除く) | | 訪問診療 | |
| | | 年間患者延べ数 | | | |
| | | 年間診療実日数 | | | |
| | | 1日平均患者延べ数 | | | |
| | | 入院患者数(※前年度実績) 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。入院設備がない場合は「なし」と記入すること。 | 歯科・歯科口腔外科 | | |
| | | | 年間入院患者実数 | | |
| 17 | 研修関連記録の保存 | 研修関連記録の保存方法と保存期間について、記入又はプルダウンから選択すること。 | | | |
| | | 保存方法 | 【1.文書 2.電子媒体 3.その他】 | | |
| | | | その他の場合(具体的に記入すること) | | |
| 保存期間 | | | 年間保存 | | |

18 参加する研修プログラム

※自病院が参加する(管理する)すべての研修プログラムについて、記入すること。欄が不足する場合は、適宜追加すること。

| 番号 | 研修プログラム番号 | 研修プログラム名称 | 施設区分 (プルダウンから選択) | 自病院での研修期間 (〇ヶ月、〇週間など) | 受け入れた研修歯科医数(前年度実績) (〇名) |
|----|-----------|-----------|---------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |

大学病院概況表（協力型（Ⅰ）相当大学病院）

| | |
|-------|--|
| 施設番号： | |
| 病院名称： | |

※以下からは研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

| | | | | | |
|----|-----------------------------------|---------------------------------|--|--------|------|
| 20 | 参加する研修プログラムの名称 | | | | |
| | 研修プログラム番号（研修プログラムを申請中の場合は空欄とすること） | | | | |
| 21 | 参加する研修プログラムにおける本病院の役割 | ※参加する研修プログラムにおける、本病院の役割を記入すること。 | | | |
| 22 | 参加する研修プログラムにおける本病院の特色 | ※参加する研修プログラムにおける、本病院の特色を記入すること。 | | | |
| 23 | 研修実施責任者 | (フリガナ) | | | |
| | | 氏名 | | | |
| 24 | 募集定員 | 名 | | | |
| 25 | 研修歯科医の募集及び採用の方法 | 募集方法 | 【1. 公募 2. その他】 | | |
| | | | その他の場合 (具体的に記入すること) | | |
| | 選考方法 (複数選択可) | 【1. 面接 2. 筆記試験 3. その他】 | | | |
| | | その他の場合 (具体的に記入すること) | | | |
| | 募集及び選考の時期 | 募集時期 | | 頃から | |
| | | 選考時期 | | 頃から | |
| | マッチング利用の有無 | 【1.有 0.無】 | | | |
| | 研修開始時期 | | | | |
| 26 | 研修歯科医の処遇 | 処遇 | 1. 管理型と同一の処遇とする。 2. 独自の処遇とする。 | | |
| | | | 「2. 独自の処遇とする。」を選択した場合は、以下の欄に記入又はプルダウンから選択すること。 | | |
| | | 常勤・非常勤の別 | 【1. 常勤 2. 非常勤】 | | |
| | | 研修手当 | 基本手当（時給換算） | | 円/時間 |
| | | | 賞与/年 | | 円 |
| | | その他手当 | 【1.有 0.無】 | | |
| | | | その他（具体的に） | | |
| | | 勤務時間 | 基本的な勤務時間 | ～ | |
| | | | その他（具体的に） | | |
| | | 休暇 | 基本的な休暇 | | |
| | | | その他（具体的に） | | |
| | | 時間外勤務 | 【1.有 0.無】 | | |
| | | 当直 | 【1.有 0.無】 | | |
| | | 研修歯科医の宿舍 | 【1.有 0.無】 | | |
| | | | 有の場合 | | 戸 |
| | | | 無の場合 | 住宅手当/月 | 円 |
| | | 研修歯科医のための施設内の部屋 | 【1.有 0.無】 | | |
| | | 社会保険・労働保険 | 公的医療保険 | | |
| | 公的年金保険 | | | | |
| | 労働者災害補償保険法の適用 | | 【1.有 0.無】 | | |
| | 国家・地方公務員災害補償法の適用 | | 【1.有 0.無】 | | |
| | 雇用保険 | | 【1.有 0.無】 | | |
| | 健康管理 | 健康診断 | 年 | 回 | |
| | | その他（具体的に） | | | |
| | 歯科医師賠償責任保険の扱い | 医療機関において加入 | 【1.する 0.しない】 | | |
| | | 個人加入 | 【1.強制 0.任意】 | | |
| | 外部の研修活動 | 学会、研究会等への参加 | 【1.可 0.否】 | | |
| | | 学会、研究会等への参加費用支給 | 【1.有 0.無】 | | |

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

大学病院概況表（協力型（Ⅱ）相当大学病院）

申請年月日

| | |
|------------------------------------|--|
| 施設番号（既取得施設のみ記入） | |
| 同時に申請する施設区分がある場合、その施設区分（申請する区分を選択） | |
| 病院名称 | |

| | | | | |
|---|---------------------------------|---|---------------------------|---|
| 書類の作成責任者の氏名及び連絡先 <small>※実際に歯科医師臨床研修の運用に携わっている担当者(連絡がつきやすい方)の連絡先を記入すること。</small> | （フリガナ） | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 役職 | | | |
| | 連絡先電話番号 | | | |
| | E-mail | | | |
| 1 | 病院名称 | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 （フリガナ） 名称 | | |
| 2 | 病院の所在地 | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 〒 都道府県 所在地 電話 FAX | | |
| 3 | 病院の開設者の氏名 （法人の場合は法人名） | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 （フリガナ） 氏名 | | |
| 4 | 病院の開設者の住所 （法人の場合は主たる事務所の所在地） | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 〒 都道府県 所在地 電話 FAX | | |
| 5 | 病院の管理者の氏名 | 医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。 （フリガナ） 氏名 | | |
| 6 | 病院のウェブサイト | 歯科医師臨床研修に関する情報もしくは病院概況を掲載しているウェブサイトのアドレスを記入すること。ウェブサイトがない場合、空欄とすること。 | | |
| 7 | 歯科医師の員数 | 当該病院に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「19 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。 常に勤務する歯科医師数 <input type="text"/> 名 「19 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1. 常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。 うち常勤の指導歯科医数 <input type="text"/> 名 「19 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「1. 指導歯科医」を選択する人数を記入すること。 | | |
| 8 | 歯科衛生士の員数 | 常勤換算 <input type="text"/> | 名 <input type="text"/> | 当該病院に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。 |
| 9 | 看護師の員数 | 常勤換算 <input type="text"/> | 名 <input type="text"/> | 当該病院に勤務する看護師（准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者）について、常勤換算し、記入すること。 |
| 10 | 診療科名 | 医療法に基づき当該病院が標ぼうする診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。 <input type="text"/> 医科（歯科医師臨床研修で関与する診療科のみ記入し、その他の診療科については「他○(数)診療科あり」とすること） <input type="text"/> <input type="text"/> 他○(数)診療科あり | | |
| 11 | 病床数 | 病院全体の病床数 <input type="text"/> 床 | 医療法上の許可病床数（一般病床数）を記入すること。 | |
| | | うち歯科病床数 <input type="text"/> 床 | 歯科関連病床数を記入すること。 | |
| 12 | 臨床研修の実施に関し必要な施設及び設備 | 歯科診療台及び歯科用吸引装置（口腔外）については台数を記入すること。その他の設備についてはプルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。 歯科診療台 <input type="text"/> 台 ポータブルユニット <input type="text"/> デンタルエックス線装置 <input type="text"/> パノラマ断層撮影装置 <input type="text"/> オートクレーブ <input type="text"/> 生体モニター <input type="text"/> 口腔内画像処理システム <input type="text"/> ※口腔内を撮影し、画像を提示できるもの。 自動体外式除細動器（AED） <input type="text"/> 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター） <input type="text"/> 酸素ボンベ及び酸素マスク <input type="text"/> 血圧計 <input type="text"/> 救急蘇生セット <input type="text"/> 歯科用吸引装置（口腔外） <input type="text"/> 台 臨床研修の実施に必要な設備について、プルダウンから【1.有 0.無】を選択すること。 医学・歯学図書又は雑誌 <input type="text"/> 【1. 有 0. 無】 インターネット環境 <input type="text"/> 【1. 有 0. 無】 | | |

| | | | | | |
|--|---|---|------------------------|--------------------------------|---|
| 13 | 病歴管理体制 | 病歴管理者と診療録の保存期間について記入すること。 | | | |
| | | 病歴管理者の氏名及び 職 複数名いる場合は代表者を記入 すること。 | (フリガナ) | | |
| | | | 氏名 | | |
| | | | 役職 | | |
| 診療録の保存期間 | | | 年間保存 | | |
| 14 | 医療安全管理体制 | 医療安全管理者と医療安全管理部門の設置状況について記入又はプルダウンから選択すること。 | | | |
| | | 医療安全管理者の氏名及 び役職複数名いる場合は代表者 を記入すること。 | (フリガナ) | | |
| | | | 氏名 | | |
| | | | 役職 | | |
| | | 医療安全管理部門の設置 状況 | ※病院は設置が必須。 | | |
| | | | 設置の有無 | 【1.有 0.無】 | |
| | | | | 職員(専任、兼任の合計) | 名 |
| | | 医療法施行規則第1条の11に基づき、医療機関において整備が必要な項目について、記入又はプルダウンから選択すること。 | | | |
| | | 医療に係る安全管理のため の体制の確保 | 指針の策定状況 | 【1.有 0.無】 | |
| | | | 医療安全管理委員会の 開催状況 | ※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能 年 回 | |
| 職員研修の実施状況 | ※年2回程度の職員研修が必須 年 回 | | | | |
| 院内感染対策のための体 制の確保に係る措置 | 指針の策定状況 | 【1.有 0.無】 | | | |
| | 院内感染対策委員会の 開催状況 | ※診療所の場合は職員ミーティングでの開催も可能 年 回 | | | |
| | 従業者に対する研修の 実施状況 | ※年2回程度の従業者に対する研修が必須 年 回 | | | |
| 医療機関内におけるインシ デント・アクシデント(事 故報告)の報告体制に係る 措置 | 報告体制の整備 | 【1.有 0.無】 | | | |
| | 具体的な方法 | | | | |
| 15 | 患者からの相談に適切 に応じる体制 | 患者相談窓口の設置状況の項目について、記入又はプルダウンから選択すること。 | | | |
| | | 患者相談窓口の設置状況 | 【1.設置済 2.意見箱の設置 3.その他】 | | |
| | | | その他の場合(具体的 に記入すること) | | |
| | | | 対応時間(24時間表記) | ~ | |
| | | 患者相談窓口等に係る 規約の有無 | 【1.有 0.無】 | | |
| 16 | 外来患者延べ数(※前年度実績) 申請年度の前年度中に来院した外来患者延べ数をもととすること。 「1日平均患者延べ数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数(小数点第二位を四捨五入)とすること。 | | | | |
| | | 外来診療(訪問診療除く) | 訪問診療 | | |
| | 年間患者延べ数 | | | | |
| | 年間診療実日数 | | | | |
| | 1日平均患者延べ数 | | | | |
| | 入院患者数(※前年度実績) 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。入院設備がない場合は「なし」と記入すること。 | | | | |
| | 歯科・歯科口腔外科 | | | | |
| 年間入院患者実数 | | | | | |
| 17 | 研修関連記録の保存 | 研修関連記録の保存方法と保存期間について、記入又はプルダウンから選択すること。 | | | |
| | | 保存方法 | 【1.文書 2.電子媒体 3.その他】 | | |
| | | | その他の場合(具体的に記入すること) | | |
| 保存期間 | | 年間保存 | | | |

18 参加する研修プログラム

※自病院が参加する(管理する)すべての研修プログラムについて、記入すること。欄が不足する場合は、適宜追加すること。

| 番号 | 研修プログラム番号 | 研修プログラム名称 | 施設区分 (プルダウンから選 択) | 自病院での研修期間 (〇ヶ月) | 受け入れた研修歯科医 数(前年度実績)(〇 名) |
|----|-----------|-----------|-------------------------|--------------------|--------------------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |

大学病院概況表（協力型（Ⅱ）相当大学病院）

| | |
|-------|--|
| 施設番号： | |
| 病院名称： | |

※以下からは研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

| | | | | | |
|------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--|-----------|------|
| 20 | 参加する研修プログラムの名称 | | | | |
| | 研修プログラム番号（研修プログラムを申請中の場合は空欄とすること） | | | | |
| 21 | 参加する研修プログラムにおける本病院の役割 | ※参加する研修プログラムにおける、本病院の役割を記入すること。 | | | |
| 22 | 参加する研修プログラムにおける本病院の特色 | ※参加する研修プログラムにおける、本病院の特色を記入すること。 | | | |
| 23 | 研修実施責任者 | (フリガナ) | | | |
| | | 氏名 | | | |
| 24 | 募集定員 | 名 | | | |
| 25 | 研修歯科医の募集及び採用の方法 | 募集方法 | 【1. 公募 2. その他】 | | |
| | | | その他の場合 (具体的に記入すること) | | |
| | | 選考方法 (複数選択可) | 【1. 面接 2. 筆記試験 3. その他】 | | |
| | | | その他の場合 (具体的に記入すること) | | |
| | | 募集及び選考の時期 | 募集時期 | | 頃から |
| | | 選考時期 | | 頃から | |
| | マッチング利用の有無 | 【1.有 0.無】 | | | |
| | 研修開始時期 | | | | |
| 26 | 研修歯科医の処遇 | 処遇 | 1. 管理型と同一の処遇とする。 2. 独自の処遇とする。 | | |
| | | | 「2. 独自の処遇とする。」を選択した場合は、以下の欄に記入又はプルダウンから選択すること。 | | |
| | | 常勤・非常勤の別 | 【1. 常勤 2. 非常勤】 | | |
| | | 研修手当 | 基本手当（時給換算） | | 円/時間 |
| | | | 賞与/年 | | 円 |
| | | その他手当 | 【1.有 0.無】 | | |
| | | | その他（具体的に） | | |
| | | 勤務時間 | 基本的な勤務時間 | ～ | |
| | | | その他（具体的に） | | |
| | | 休暇 | 基本的な休暇 | | |
| | | | その他（具体的に） | | |
| | | 時間外勤務 | 【1.有 0.無】 | | |
| | | 当直 | 【1.有 0.無】 | | |
| | | 研修歯科医の宿舎 | 【1.有 0.無】 | | |
| | | | 有の場合 | | 戸 |
| | | | 無の場合 | 住宅手当/月 | 円 |
| | | 研修歯科医のための施設内の部屋 | 【1.有 0.無】 | | |
| | | 社会保険・労働保険 | 公的医療保険 | | |
| | | | 公的年金保険 | | |
| | | | 労働者災害補償保険法の適用 | 【1.有 0.無】 | |
| 国家・地方公務員災害補償法の適用 | 【1.有 0.無】 | | | | |
| 健康管理 | 雇用保険 | 【1.有 0.無】 | | | |
| | 健康診断 | 年 | 回 | | |
| | その他（具体的に） | | | | |
| 歯科医師賠償責任保険の扱い | 医療機関において加入 | 【1.する 0.しない】 | | | |
| | 個人加入 | 【1.強制 0.任意】 | | | |
| 外部の研修活動 | 学会、研究会等への参加 | 【1.可 0.否】 | | | |
| | 学会、研究会等への参加費用支給 | 【1.有 0.無】 | | | |

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。

申請年月日

| | |
|----------|--|
| 施設番号 | |
| 臨床研修施設等名 | |
| 開設者 | |

大学病院等臨床研修施設等変更届出書

大学病院と共同して歯科医師の臨床研修を行う臨床研修施設の特例について(令和3年〇月〇日医政発〇第〇号厚生労働省医政局長通知)第四及び第八の規定に基づき、臨床研修の実施について、以下のとおり変更が生じたので届け出ます。

| 変更があった事項 | 変更前 | 変更後 |
|--------------------|-----|-----|
| (ア) 開設者の氏名・住所 | | |
| (イ) 管理者の氏名 | | |
| (ウ) 施設名称・所在地 | | |
| (エ) 診療科名 | | |
| (オ) 病床の種別ごとの病床数 | | |
| (カ) 研修管理委員会の構成員 | | |
| (キ) プログラム責任者 | | |
| (ク) 指導歯科医の氏名 | | |
| (ケ) 研修歯科医の処遇に関する事項 | | |

- (注) 1 必要がある場合には、続紙(様式自由、一覧表でも可)に記載して添付すること。
- 2 「変更前」及び「変更後」欄には、変更のあった事項に関して、変更前と変更後を区別して記入すること。
- 3 (エ)から(カ)及び(ク)から(ケ)に掲げる事項に係る変更については、年次報告の際に併せて届け出ること。
- 4 研修協力施設は(ア)から(オ)及び(ク)から(ケ)に掲げる事項に変更があった場合に、年次報告の際に併せて届け出ること。なお、(ク)欄は「研修歯科医の指導を行う者及びその担当分野」と読み替えるものとする。

| | |
|-------|--|
| 届出年月日 | |
| 施設番号 | |
| 病院名 | |

大学病院研修プログラム廃止届出書

大学病院と共同して歯科医師の臨床研修を行う臨床研修施設の特例について(令和3年〇月〇日医政発〇第〇号厚生労働省医政局長通知)第六及び第八の規定に基づき、以下のとおり研修プログラムの廃止を届出いたします。

| | |
|---------------------|--|
| 研修プログラム番号 | |
| 研修プログラムの名称 | |
| 研修プログラムを廃止しようとする理由 | |
| 研修プログラムの廃止をしようとする期日 | |

臨床研修施設群について(臨床研修施設群方式の場合は以下に記入すること。)

| 施設番号 | 臨床研修施設の名称 | 臨床研修施設の指定の取消しを伴う |
|------|-----------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

(注) 必要がある場合には、続紙(様式自由)に記載して添付すること。

大学病院年次報告書

| | |
|------|--|
| 施設番号 | |
| 病院名称 | |

※以下からは協力型（Ⅰ）臨床研修施設又は協力型（Ⅱ）臨床研修施設の年次報告をする場合、研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

※協力型（Ⅰ）相当大学病院及び協力型（Ⅱ）相当大学病院の年次報告をする場合についても、同様とすること。

| | | | | |
|------------------|-----------------------|--|--|------|
| 18 | 参加する研修プログラムの名称 | | | |
| | 研修プログラム番号 | | | |
| 19 | 参加するプログラムにおける本病院の役割 | ※参加する研修プログラムにおける、本病院の役割を記入すること。 | | |
| 20 | 参加する研修プログラムにおける本病院の特色 | ※参加する研修プログラムにおける、本病院の特色を記入すること。 | | |
| 21 | 募集定員 | 名 | | |
| 22 | 研修歯科医の募集及び採用の方法 | 募集方法 | 【1. 公募 9. その他】 その他の場合（具体的に記入すること） | |
| | | 選考方法 （複数選択可） | 【1. 面接 2. 筆記試験 9. その他】 その他の場合（具体的に記入すること） | |
| | 募集及び選考の時期 | 募集時期 | | 頃から |
| | | 選考時期 | | 頃から |
| | マッチング利用の有無 | 【1.有 0.無】 | | |
| 23 | 研修歯科医の処遇 | 協力型(Ⅰ)・協力型(Ⅱ)・研修協力施設における処遇の適用 | 1. 管理型と同一の処遇とする。 2. 独自の処遇とする。 | |
| | | 「2. 独自の処遇とする。」を選択した場合は、以下の欄に記入又はプルダウンから選択すること。 | | |
| | 常勤・非常勤の別 | 【1. 常勤 2. 非常勤】 | | |
| | 研修手当 | 基本手当（時給換算） | | 円/時間 |
| | | 賞与/年 | | 円 |
| | その他手当 | 【1.有 0.無】 | | |
| | | その他（具体的に） | | |
| | 勤務時間 | 基本的な勤務時間 | | ～ |
| | | その他（具体的に） | | |
| | 休暇 | 基本的な休暇 | | |
| | | その他（具体的に） | | |
| | 時間外勤務 | 【1.有 0.無】 | | |
| | 当直 | 【1.有 0.無】 | | |
| | 研修歯科医の宿舍 | 【1.有 0.無】 | | |
| | | 有の場合 | | 戸 |
| | | 無の場合 | 住宅手当/月 | 円 |
| | 研修歯科医のための施設内の部屋 | 【1.有 0.無】 | | |
| | 社会保険・労働保険 | 公的医療保険 | | |
| | | 公的年金保険 | | |
| | | 労働者災害補償保険法の適用 | 【1.有 0.無】 | |
| 国家・地方公務員災害補償法の適用 | | 【1.有 0.無】 | | |
| 雇用保険 | | 【1.有 0.無】 | | |
| 健康管理 | 健康診断 | 年 | 回 | |
| | その他（具体的に） | | | |
| 歯科医師賠償責任保険の扱い | 病院において加入 | 【1.する 0.しない】 | | |
| | 個人加入 | 【1.強制 0.任意】 | | |
| 外部の研修活動 | 学会、研究会等への参加 | 【1.可 0.否】 | | |
| | 学会、研究会等への参加費用支給 | 【1.有 0.無】 | | |

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。