

様式1

平成 年 月 日

日本総合病院精神医学会専門医制度委員会 殿

所属機関・職名

申請者氏名

印

日本総合病院精神医学会一般病院連携精神医学 専門医認定申請書

標記について、下記のとおり所定の関係書類を添えて申請します。

記

1. 履歴書（様式2）
2. 医師免許証（写し）
3. 日本精神神経学会の精神科専門医認定証（または精神科専門医認定試験合格証書）（写し）
または精神保健指定医証（写し）
4. 専門医研修終了証明証（様式3）
5. 症例報告書（ケースレポート）・学術論文目録（様式4）
6. 専門医認定講習会参加証（写し）
7. 審査料振込証明書（写し）

様式 3-1

平成 年 月 日

日本総合病院精神医学会専門医制度委員会 殿

所属機関・職名

申請者氏名

印

日本総合病院精神医学会一般病院連携精神医学 専門医研修修了証明書

標記の者は、日本総合病院精神医学会専門医制度規則・細則に定める内容の研修を修了したことを証明します。診療を担当した症例の一覧は以下の通りです。

指導責任者氏名	印
(指導医番号)
指導医氏名	印
(指導医番号)
指導医氏名	印
(指導医番号)
指導医氏名	印
(指導医番号)
指導医氏名	印
(指導医番号)

指導医が 5 名を超える場合は上記以外の指導医の氏名、指導医番号記載した別紙を添付すること

様式 3 - 2

(申請者氏名)

リエゾン精神医療

症例 番号	性別	年齢	DSM-VIまたはICD-10 による精神科診断	診療担当 開始年月	診療担当 終了年月	ケース レポート を書いた 場合に○	指導医 検印
1							
2							
3							
4							
5							

Medical psychiatry

症例 番号	性別	年齢	DSM-VIまたはICD-10 による精神科診断	診療担当 開始年月	診療担当 終了年月	ケース レポート を書いた 場合に○	指導医 検印
6							
7							
8							
9							
10							

様式 3 - 3

(申請者氏名)

精神科救急医療

症例 番号	性別	年齢	DSM-VIまたはICD-10 による精神科診断	診療担当 開始年月	診療担当 終了年月	ケース レポート を書いた 場合に○	指導医 検印
11							
12							
13							
14							
15							

せん妄

症例 番号	性別	年齢	DSM-VIまたはICD-10 による精神科診断	診療担当 開始年月	診療担当 終了年月	ケース レポート を書いた 場合に○	指導医 検印
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

様式 3 - 4

(申請者氏名)

アルコールからの離脱状態

症例 番号	性別	年齢	DSM-VIまたはICD-10 による精神科診断	診療担当 開始年月	診療担当 終了年月	ケース レポート を書いた 場合に○	指導医 検印
26							
27							
28							
29							
30							

様式 3 - 4

(申請者氏名)

せん妄以外の症状性精神障害

症例 番号	性別	年齢	DSM-VIまたはICD-10 による精神科診断	診療担当 開始年月	診療担当 終了年月	ケース レポート を書いた 場合に○	指導医 検印
36							
37							
38							
39							
40							

自殺企図のために受診した患者

症例 番号	性別	年齢	DSM-VIまたはICD-10 による精神科診断	診療担当 開始年月	診療担当 終了年月	ケース レポート を書いた 場合に○	指導医 検印
41							
42							
43							
44							
45							

様式 3 - 5

(申請者氏名)

重度のストレス反応または適応障害

症例 番号	性別	年齢	DSM-VIまたはICD-10 による精神科診断	診療担当 開始年月	診療担当 終了年月	ケース レポート を書いた 場合に○	指導医 検印
46							
47							
48							
49							
50							

身体表現性障害

症例 番号	性別	年齢	DSM-VIまたはICD-10 による精神科診断	診療担当 開始年月	診療担当 終了年月	ケース レポート を書いた 場合に○	指導医 検印
51							
52							

摂食障害

症例 番号	性別	年齢	DSM-VIまたはICD-10 による精神科診断	診療担当 開始年月	診療担当 終了年月	ケース レポート を書いた 場合に○	指導医 検印
53							
54							

様式 3 - 6

(申請者氏名)

産褥に関連した精神および行動の障害

症例 番号	性別	年齢	DSM-VIまたはICD-10 による精神科診断	診療担当 開始年月	診療担当 終了年月	ケース レポート を書いた 場合に○	指導医 検印
55							
56							

他に分類される障害あるいは疾患に関連した心理的および行動的要因

症例 番号	性別	年齢	DSM-VIまたはICD-10 による精神科診断	診療担当 開始年月	診療担当 終了年月	ケース レポート を書いた 場合に○	指導医 検印
57							
58							

様式4-1

平成 年 月 日

日本総合病院精神医学会専門医制度委員会 殿

所属機関・職名

申請者氏名 印

症例報告書（ケースレポート）・学術論文目録

1. 診療を担当した症例について、疾患名、性別、年齢、職業、家族歴、生活歴、既往歴、現病歴、現症、治療経過、考察などを約1200字にまとめたケースレポートを、本報書とともに提出する。ケースレポートには指導医が署名捺印する。
2. 専門誌または専門書に掲載された総合病院精神医学に関する論文を、筆頭著者の場合には論文1編がケースレポート2編、共著者の場合には論文1編がケースレポート1編に相当するものとして、ケースレポートに変えて申請することができる。その場合には別冊または写しを提出する。

様式4-2

(申請者氏名)

【症例一覧】

疾患名	細則に定める診療場面または疾患の記号
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

【論文目録】

著者名 (全員)	論文名	掲載誌・巻・頁・年
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

【ケースレポート様式見本】

ケースレポート1

所属機関・職名

申請者氏名

印

指導医氏名

印

(指導医番号

)

細則の診療場面または疾患の記号：

a b c d e f g h I j k l m
n o p q r s t u

疾患名：

性別：

年齢：

職業：

家族歴：

生活歴：

既往歴：

現病歴：

現症：

治療経過：

考察：

様式 5

平成 年 月 日

日本総合病院精神医学会専門医制度委員会 殿

所属機関・職名

申請者氏名

印

日本総合病院精神医学会一般病院連携精神医学 専門医認定更新申請書

標記について、下記のとおり所定の関係書類を添えて申請します。

記

1. 日本総合病院精神医学会一般病院連携精神医学専門医認定証（写し）
2. 細則に定める学術活動などに関する単位を、過去5年間に100単位以上所得したことを証明する資料
3. 症例報告書（ケースレポート）・学術論文目録（様式4）
4. 審査料振込証明書（写し）

様式 6

平成 年 月 日

日本総合病院精神医学会専門医制度委員会 殿

所属機関・職名

申請者氏名

印

日本総合病院精神医学会一般病院連携精神医学 専門医指導医認定申請書

標記について、下記のとおり所定の関係書類を添えて申請します。

記

1. 履歴書（様式 2）
2. 日本総合病院精神医学会一般病院連携精神医学専門医認定証（写し）
3. 細則に定める学術活動などに関する単位を、過去 5 年間に 100 単位以上所得したことを証明する資料
4. 症例報告書（ケースレポート）・学術論文目録（様式 4）
5. 専門医制度委員会指導医講習会参加証（写し）
6. 審査料振込証明書（写し）

様式 7

平成 年 月 日

日本総合病院精神医学会専門医制度委員会 殿

所属機関・職名

申請者氏名

印

日本総合病院精神医学会一般病院連携精神医学 専門医指導医認定更新申請書

標記について、下記のとおり所定の関係書類を添えて申請します。

記

1. 履歴書（様式 2）
2. 指導医証（日本総合病院精神医学会一般病院連携精神医学専門医指導医認定証）（写し）
3. 細則に定める学術活動などに関する単位を、過去 5 年間に 100 単位以上所得したことを証明する資料
4. 症例報告書（ケースレポート）・学術論文目録（様式 4）
5. 専門医制度委員会指導医講習会参加証（写し）
6. 審査料振込証明書（写し）

様式8

平成 年 月 日

日本総合病院精神医学会専門医制度委員会 殿

所属機関・職名

申請者（指導責任者）氏名 印

(専門医指導医番号)

(特定指導医番号)

日本総合病院精神医学会一般病院連携精神医学 研修施設認定申請書

標記の認定を申請します。

記

研修施設の種類： 専門医研修施設 特定研修施設

施設名：

施設の全病床数： () 床

うち精神科病床数： () 床（精神科病床がある場合）

施設の全標榜科：

常勤の指導医名簿（全員）

氏名 (指導医番号)

氏名 (指導医番号)

氏名 (指導医番号)

氏名 (指導医番号)

氏名 (指導医番号)

(5名を超える場合は上記以外の指導医氏名、指導医番号記載した別紙を添付すること)

1年間 (年 月から 年 月まで) の初診患者数 名

そのうち院内他科から紹介された患者数 名

院外他科から紹介された患者数 名

院内他科から併診を依頼された患者数

名

院外他科から併診を依頼された患者数

名

様式 9

平成 年 月 日

日本総合病院精神医学会専門医制度委員会 殿

所属機関・職名

申請者氏名

印

日本総合病院精神医学会一般病院連携精神医学 特定指導医認定申請書

標記について、下記のとおり所定の関係書類を添えて申し込みます。

記

1. 履歴書（様式 2）
2. 専門医制度委員会指導医講習会参加証（写し）
3. 日本総合病院精神医学会専門医制度規則第 31 条第 2 項第二号に定める特定研修施設の常勤職員であることを証明する資料

様式10

平成 年 月 日

日本総合病院精神医学会専門医制度委員会 殿

所属機関・職名

申請者氏名

印

日本総合病院精神医学会一般病院連携精神医学 特定指導医認定更新申請書

標記について、下記のとおり所定の関係書類を添えて申し込みます。

記

1. 履歴書（様式2）
2. 特定指導医証（日本総合病院精神医学会一般病院連携精神医学特定指導医認定証）（写し）
3. 専門医制度委員会指導医講習会参加証（写し）
4. 審査料振込証明書（写し）（当面不要です）

様式 1 1

平成 年 月 日

日本総合病院精神医学会専門医制度委員会 殿

所属機関・職名

申請者（指導責任者）氏名 印
(専門医指導医番号)
(特定指導医番号)

日本総合病院精神医学会一般病院連携精神医学 研修施設認定更新申請書

標記の認定更新を申請します。

記

研修施設の種類： 専門医研修施設 特定研修施設
施設名：
施設の全病床数： () 床
うち精神科病床数： () 床（精神科病床がある場合）
施設の全標榜科：

常勤の指導医名簿（全員）

氏名 (指導医番号)
氏名 (指導医番号)
氏名 (指導医番号)
氏名 (指導医番号)
氏名 (指導医番号)

(5名を超える場合は上記以外の指導医氏名、指導医番号記載した別紙を添付すること)

1年間 (年 月から 年 月まで) の初診患者数 名
そのうち院内他科から紹介された患者数 名
院外他科から紹介された患者数 名
院内他科から併診を依頼された患者数 名

院外他科から併診を依頼された患者数
様式12

名

平成 年 月 日

日本総合病院精神医学会専門医制度委員会 殿

所属機関・職名

申請者氏名 印
(特定指導医番号)

日本総合病院精神医学会一般病院連携精神医学 特定指導医異動報告書

標記について下記のように報告します。

記

旧勤務先：

新勤務先：

- 特定研修施設
指導責任者氏名
- 専門医研修施設
指導責任者氏名
- 特定研修施設でも専門医研修施設でもない

異動年月日： 年 月 日