[様式１]

一般社団法人日本老年歯科医学会認定医申請書

（西暦）　　　　　　年　　　月　　　日

一般社団法人日本老年歯科医学会認定医制度にかかわる認定医の認定を受けたく、必要書類および認定申請審査料を添えて申請いたします。

（フ リ ガ ナ）

申請者名（自署）

申請者名（ローマ字表記）

会 員 №

勤務先名



（注）常勤もしくは臨床をおこなっている主たる施設

（注）学会登録情報と相違ないように記載してください。変更はこちら→

（注）本申請に関する連絡先は学会登録情報（住所・メールアドレス等）の宛先となります。

申請料（￥10,000-）　送金日　　（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

クレジット払い　・　銀行口座振込　　　（いずれかに○）

[様式２]

履 歴 書（認定医申請用）

　　　申請者名（自署）

（西暦） 　　年 月 日 現 在

|  |  |
| --- | --- |
| （西暦）　　　　　　　　　　　学 歴 ・ 職 歴・免許・資格 | |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 年 月 |  |
| 歯科医籍登録番号 | 第 号 ・（西暦） 年 月 日 取得 |

（注）学歴および職歴は大学卒業以降を記入すること。

（注）複数の研修機関に在籍（職）した場合は，すべて記載してください。

[様式3]

**（西暦）　　　　　年 月 日**

　　　※必ず作成日を記載してください。

研修証明書（認定医申請用）

殿

貴殿は、下記の期間、高齢者に必要とされる歯科医療に関する

研修を修了したことを（継続していることを）証明いたします。

研 修 期 間

　　 年 月 日 ～ 年 月 日 　（ 継続中 ・ 修了）

　　　　　年 月 日 ～ 年 月 日 　　　 （ 継続中 ・ 修了）

研修期間合計： 年 ヶ月

※端数は切り捨ててください。

研 修 機 関 名

指 導 医 氏 名（自署）

[様式4-1]

※研修単位管理システムに記録がない方のみ

一般社団法人日本老年歯科医学会

学術大会出席記録（認定医申請用）

申請者名（自署）

|  |
| --- |
| **学術大会**（申請前に1回以上参加） |
| 第 回 日本老年歯科医学会学術大会 |
| 第 回 日本老年歯科医学会学術大会 |

参加証明を添付（A4版にまとめる）してください。

[様式4-2]

※研修単位管理システムに記録がない方のみ

一般社団法人日本老年歯科医学会

本会学術大会指定研修（認定医申請用）

申請者名（自署）

|  |
| --- |
| **本会学術大会指定研修　 別表1･1･2**（申請前に3回以上の参加） |
| ＊学術大会回数・プログラム名・開催日を記載のこと |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

参加証明を添付（A4版にまとめる）してください。

[様式5-1]

高齢者に必要とされる歯科医療に関連する症例及び事例の報告書

* ケースプレゼンテーションする症例は、右の□にレ印を付けてください。

症例No． 氏名（自署）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患 者 名（イニシャル） | |  | | | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 生 年（西暦） | 年生 | | 年齢 | 歳 | 初診日（西暦） | 年 月 日 | |
| 症例の診断  （状況） | 記載例（申請時は記載例/青地部分は削除して、入力してください）  上顎左側歯肉癌による上顎部分切除後の左側上顎欠損と多数歯欠損に起因する機能障害  （脳出血の既往による左半身麻痺を伴う）  歯科治療恐怖症を有する高齢者の抜歯に際し、笑気吸入鎮静法が有効であった症例 | | | | | | |
| 背景・目的・高齢者の特性に配慮した点など | | | | | | | |
| 症例および経過（なるべく客観的なデータを記載） | | | | | | | |
| 考 察 | | | | | | | |
| 指導医の意見（ケースプレゼンテーション症例は、指導医は意見を自筆すること／発表症例以外はword入力可）  年 月 日 指導医氏名（自署） | | | | | | | |

［様式5-2]

高齢者に必要とされる歯科医療に関連する調査の報告書

* ケースプレゼンテーション症例にはできません。

症例No．　　　　　　　　　　　　　　氏名（自署）

|  |  |
| --- | --- |
| 調査のテーマ |  |
| 目的・方法 | |
| 結果 | |
| 考 察 | |
| 指導医の意見  年 月 日 指導医氏名（自署） | |

【症例報告／認定医審査ポスター／摂食機能療法専門歯科医師審査ポスター】

※認定医審査ポスターへエントリーする方は「認定医審査ポスター留意事項」を必ず確認してください。

誤嚥性肺炎を繰り返す高齢者が外来から訪問診療へ移行し多職種連携により栄養状態を回復した症例

○山田 一子，佐藤 二男　←筆頭発表者は申請者，共同発表者は指導医１名

梅田歯科大学高齢者歯科学講座

【緒言・目的】

摂食嚥下障害患者の対応においてチーム医療の重要性が提唱されて久しい。今回，誤嚥性肺炎を繰り返す高齢者に対して外来診療から訪問診療へ移行し多職種連携により栄養状態が向上した 1 例を経験したので報告する。

【症例および経過】

83 歳，男性。統合失調症，脳梗塞，心筋梗塞の既往あり。平成 27 年 9 月に誤嚥性肺炎にて入院し，12 月に嚥下機能検査を希望し当科外来受診。嚥下機能評価により咽頭収縮不良，嚥下反射遅延が観察され，水分のとろみ付の指導を行ったが高齢夫婦のみの世帯であり外来での指導内容のコンプライアンスに問題があった。その後，誤嚥性肺炎にて入退院を繰り返し治療中断となった。平成 28 年 10 月に訪問依頼があった。訪問初診時は，大幅な体重減少を認め，咽頭収縮及び喉頭挙上不良，唾液誤嚥を認め，また喀出力の低下も認め，痰の吸引が必要であった。これらに対し交互嚥下，嚥下後の咳を指導した。また間接訓練の指導は，言語聴覚士(以下ST)もしくは， ケアマネジャーの同席時に行い，訪問看護師とも記録簿で情報の交換を行った。食形態は，実際の手料理を用いて調整法の指導を行い，ケアマネジャーを介し，とろみ付の確認をした。

なお，本報告の発表について患者本人から文書による同意を得ている。

【考察】

2カ月で食形態が改善した。体重も増加した。痰の吸引回数減少の報告があり，訪問看護師より肺の捻髪音消失，ST よりブローイング，ハッフィングの習得と実施の報告があった。本症例では訪問診療へ移行した事により，高齢のキーパーソンだけでなく多職種との連携により指導内容の理解度を確認出来た事と実際の食事風景が観察出来た事が，栄養状態や食形態の向上につながったと考えられる。高齢者にとって外来診療か訪問診療かを都度検討することも重要であると考えた。

（COI開示：老年株式会社，その他２社）または（COI開示：なし）

（○○大学 倫理審査委員会承認番号　9999-22）または（◯◯大学歯学研究科倫理審査委員会より付議不要の返答があった）または（倫理審査対象外）

＜認定医審査ポスター 留意事項＞

①発表者名について

下記のとおり申請者と指導医の連名にしてください。

○老年 花子　　山田　太郎　　←筆頭発表者は申請者，共同発表者は指導医１名

②【緒言・目的】について

なぜこの症例を選択したのか，過去の報告を適宜引用しながら記載する。

必要があれば，患者の有する障害や疾患についての詳細，歯科治療に関連した事項について適宜引用しながら説明する。

③【症例および経過】について

・既往歴

・本報告に関連した疾患の現病歴

・歯科的現病歴

・現症，口腔内所見

・必要があれば血液データ，画像データ等を掲載する。

・時系列に沿って記載していく。

どのような点に注意したのか読者が理解できるようにはっきり分かるように記載する。

画像データなど読者が理解しやすくなるものを掲載する。

④【考察】について

本症例の特徴や注意した点を，過去の報告を適宜引用しながら記載する。

このような症例に対応するためにどのようなことに気をつけなければならないのか，過去の報告を適宜引用しながら記載する。

新規性があれば記載する。