［様式6］

最近１年間の診療実績報告書

（研修機関認定申請用）

　　　　　　　　　　　施 設 名

　　　　　　　 責任者氏名 印

　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦）　　　　　年　　月　　日提出

|  |  |
| --- | --- |
| 高齢者に必要とされる歯科診療および指導 | 症例数 |
| 1. 高齢者の自立支援に繋がる歯科治療経験 | 名 |
| 1. 摂食機能療法、言語聴覚療法等の口腔機能リハビリテーション | 名 |
| 1. 歯科保健指導及び予防処置（高齢者施設等で行った指導を含む） | 名 |
| 1. 全身管理経験（全身疾患に対する把握と対応） | 名 |
| 1. 通院困難者への歯科的対応（訪問診療・入院患者への口腔機能の維持向上など） | 名 |
|  | 名 |
|  | 名 |
|  | 名 |
|  | 名 |
|  | 名 |
|  | 名 |
|  | 名 |
| 合計 | 名 |