

申請用

公益社団法人日本小児歯科学会認定医制度

教育研修単位取得証明書

教育研修記録簿

症例報告書

申請者氏名	
学会会員番号	第 号

小児歯科認定医申請のための指針

日本小児歯科学会認定医制度は、小児歯科学の専門的知識と技能、そして公共的使命と社会的責任を有する歯科医師を育成するとともに、小児歯科医療の発展と向上をはかり、小児保健の充実と増進に寄与することを目的としています。

この教育研修記録簿は、認定医を申請される時の大切な資料となります。研修の都度、各自でご記入のうえ大切に保存しておいてください。

参 考 資 料

認定医申請者の資格(認定医制度規則、認定医制度施行細則)

規則第8条 認定医の審査を受けようとする者は、次に掲げる要件を備えていなければならない。

- (1) 日本国歯科医師の免許証を有すること。
- (2) 認定医の認定申請時において、2年以上引き続いて本学会会員である者。
- (3) 認定医制度規則第6章の規定によって指定された研修施設等で、第7章に定められた教育研修内容に従い、施行細則第5条で示される研修を修めた者。
- (4) 認定医の認定申請時に教育研修単位を必要単位数取得している者。ただし、附表1に示す臨床、学術、業績の各研修の最低必要単位数を満たしていなければならない。

細則第5条 規則第8条における必要な教育研修単位数は、附表1に示す臨床、学術、業績の各研修の最低必要単位数を含み100単位以上とする。また通算2年以上の小児歯科臨床経験を有すること。ただし、原則として卒直後1年間の歯科医師臨床研修期間は除くものとする。

認定医の申請書類(認定医制度規則)

第9条 申請者は、次の各項の申請書類を認定医委員会に提出しなければならない。

- (1) 認定医申請書(第1号様式)
- (2) 履歴書(第2号様式)
- (3) 診療実績証明書[認定医申請用](第3号様式)
- (4) 教育研修単位取得証明書・教育研修記録簿および症例報告書(第4号様式、4-1、4-2)
- (5) 診療実績・設備内容証明書(第11号様式)
- (6) 学会参加、発表等を証明する資料(参加証コピー等)
- (7) 歯科医師免許証コピー
- (8) 教育講座受講を証明する資料
- (9) 認定医認定申請料振込み受領証コピー

注)

(4)の症例報告書(第4号様式4-2):記載する症例は、申請日から5年以内に主治医として担当した小児歯科治療3症例で、2年以上の長期継続観察症例とする。乳歯列期から混合歯列期にかけての症例を含むこと。診療内容は齲蝕、外傷、咬合誘導、過剰歯、小帯異常、齲蝕予防管理、歯周疾患あるいは発達障害児、全身疾患を有する小児、歯科的不協力児の長期口腔管理などで1小児患者1症例とし、内容が偏らないようにすること。

(5)の診療実績・設備内容証明書(第11号様式)は、専門医研修施設以外に従事する者のみ提出すること。

(6)の学会参加の証明は、会員証で登録を行った研修会は提出を免除する。また、発表の証明は、日本小児歯科学会の発表の場合は、プログラム・目次・論文1ページ目等のコピー、日本小児歯科学会以外の発表の場合は、抄録コピー・論文別刷等発表内容が確認できる資料を提出する。

諸費用(認定医制度施行細則):

細則第 11 条 より抜粋 (申請時にかかる費用)

認定医申請料 1 万円

(送付先住所)

〒170-0003 東京都豊島区駒込 1-43-9 駒込 TSビル 4F

一般財団法人 口腔保健協会内 公益社団法人日本小児歯科学会認定医委員会 係

認定医試験(認定医試験施行細則)

第4条 認定医試験は、次の各号の科目について行う。

(1)客観試験(選択肢問題)

(2)面接試験(症例報告書に基づく)

注)

(1)客観試験は、小児歯科認定医に必要な全般的知識を問う選択肢問題とする。

第5条第3項 合否判定は次のとおりとする。

(2)

・症例報告書(第4号様式4-2)の中から1症例についてケースプレゼンテーションと口頭試問を行う。症例は認定医委員会が選択し、通知する。

・ケースプレゼンテーション5分、口頭試問10分とする。

・ケースプレゼンテーションは、口腔内写真、スタディモデル、エックス線写真、分析データ・検査データ等の資料を用意し、検査、診断、治療方針、治療経過について説明する。資料については、患者名(個人情報)が明らかにならないよう配慮すること。

2科目とも 70点以上を及第点とし、2科目両方の及第をもって合格とする。及第点に達しなかった科目については、その科目のみ再度受験申請し及第点をとれば合格とする。

附表1

教育研修単位基準(認定医申請時に必要な単位数)

1. 臨床研修:各施設での研修(最低必要単位数 30)

1) 大学研修施設(1年間) 20

2) 大学以外の研修施設(1年間) 15

3) 研修施設以外(1年間) 10

* 臨床研修では、小児患者(18歳未満)の診療を一月 40人(40アポイント)以上必要とする。

* 1年未満の教育研修は、研修を行った月数を12で除した値に所定単位数を乗じて算定する。

* 曜日単位の教育研修は、研修を行った曜日数を5で除した値に所定単位数を乗じて算定する。

2. 学術研修:小児歯科関連の学会および研修会参加^{注1}

(最低必要単位数 40:ただし、日本小児歯科学会全国大会・地方会大会に3回以上出席する

こと)

- | | |
|--|----|
| 1) 日本小児歯科学会大会(全国大会、地方会大会) | 10 |
| 2) 小児歯科関連の国際学会大会 ^{注2}
(国際小児歯科学会、アジア小児歯科学会など) | 10 |
| 3) 小児歯科に関連する学会大会または地域単位の研修会 ^{注3} | 5 |
| 4) 認定医申請者向け教育講座 ^{注4} | 5 |

3. 業績:小児歯科学分野の学会・研修会および学術雑誌等への発表^{注5}(最低必要単位数 4:ただし、日本小児歯科学会全国大会・地方会大会・小児歯科学雑誌・Pediatric Dental Journalでの業績を含むこと)

- | | |
|--|----|
| 1) 日本小児歯科学会大会、小児歯科関連の学会大会、地域単位の研修会 | |
| 筆頭発表者 | 5 |
| 共同発表者 | 2 |
| 2) 小児歯科学雑誌または Pediatric Dental Journal | |
| 筆頭著者 | 10 |
| 共同著者 | 5 |
| 3) 上記以外の学術雑誌(内容が小児歯科関連のものに限る) | |
| 筆頭著者 | 5 |
| 共同著者 | 2 |
| 4) 学術著書(内容が小児歯科関連のものに限る) | |
| 単著あるいは編者 | 10 |
| 分担執筆 | 5 |
| 5) 商業雑誌等(内容が小児歯科関連のものに限る) | |
| 筆頭著者 | 5 |
| 共同著者 | 2 |

4. 社会への貢献^{注6} 1件につき最高 3(上限 15 単位)

注1:参加証明の添付が必要。ただし、会員証(IDカード)で登録を行った研修会については免除する

注2:認定医委員会で承認されたものでなければならない。原則として、専門医認定委員会で承認されたものに準ずる。

注3:認定医委員会で承認されたものでなければならない。原則として、専門医認定委員会で承認されたものに準ずる。

注4:認定医を申請する者は、認定医委員会が開催する認定医申請者向け教育講座を1回受講しなければならない。受講後に受講証書を発行する。受講証書の有効期限を発行日より5年間とする。附表1の臨床研修において、研修施設のみで30単位を取得し、認定医の申請を行う者は教育講座の受講が免除される。ただし、受講を妨げるものではない。

注5:抄録・論文(何れもコピー可)を添付することで認められる。投稿中は不可。

注6:具体的内容を記入し(本会・地方会活動、講演、地域の保健活動、専門学校の講義、公共出版物への執筆など)、認定医委員会において単位評価を行う。一つの活動項目について単位認定がなされ、15単位を上限とする。

教育研修単位取得証明書

令和 年 月 日

公益社団法人日本小児歯科学会
認定医委員会 殿

施設長 _____ 印

専門医指導医 _____ 印

申請者 _____ は下記の通り小児歯科学の教育
研修を行い小児歯科認定医の取得申請に必要な教育研修単位を合計 100 単位以
上取得したことを証明する。

詳細については本記録簿に記載のとおりである。

教育研修単位項目	(最低必要単位数)	単位
1. 臨床研修	(30)	
2. 学術研修(認定医申請者向け教育講座 5 単位を含む)	(40)	
3. 業績	(4)	
4. 社会貢献		
合計単位	(100)	

(注1) 施設長とは、歯科大学(学部)附属病院の小児歯科、小児総合医療施設、またはそれに準ずる病院の小児歯科の診療科(室)長、診療主任など小児歯科の診療に関わる責任者を示し、診療所の場合には院長を意味する。

(注2) 施設長が申請する時は、自身で署名捺印する。

(注3) 専門医研修施設に従事する者が申請する場合、専門医指導医の印を必要とする。

1. 臨床研修

(認定医制度規則並びに施行細則、附表1を参照)

研修期間 (年月日～年月日)	研修施設・施設名	勤務形態 (週何日)	専門医指導医名 (登録番号 第 号)	印	単位
年 月 日～ 年 月 日			(登録番号 第 号)	印	
年 月 日～ 年 月 日			(登録番号 第 号)	印	
年 月 日～ 年 月 日			(登録番号 第 号)	印	
年 月 日～ 年 月 日			(登録番号 第 号)	印	
年 月 日～ 年 月 日			(登録番号 第 号)	印	
年 月 日～ 年 月 日			(登録番号 第 号)	印	
年 月 日～ 年 月 日			(登録番号 第 号)	印	

* 本学会入会以降を記載する。教育研修カリキュラムに従い最低必要単位数 30 単位以上修得する。ただし、1年間の歯科医師臨床研修期間(平成 18 年度以降の研修医が対象)は除く。(細則 5 条) 教育研修カリキュラムは、小児歯科診療ガイドラインに沿ったものとする。

* 施設における教育研修単位は 1 年を単位とする。1 年未満の教育研修は、研修を行った月数を 12 で除した値に所定単位数を乗じて算定する。曜日単位の教育研修は、研修を行った曜日数を 5 で除した値に所定単位数を乗じて算定する。(附表 1 参照、例: 歯科大学付属病院の小児歯科において、毎週 2 日の研修を 8 か月間行った場合の単位は $20 \times 8 / 12 \times 2 / 5 = 5.3$ 単位となる。)

* 専門医研修施設に従事する者が申請する場合、専門医指導医の登録番号と印を必要とする。

2. 学術研修

(認定医制度規則並びに施行細則、附表1を参照)

(本学会入会以降に参加した研修会・学会発表を以下に記載する。新しいものから20件まで。)

	学会大会および研修会名、開催期日、場所	単位
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

※参加証明の添付が必要です。ただし、会員証(IDカード)で登録を行った研修会については、参加証明を免除します。本会主催であってもWEB開催等で会員証の登録を行っていない研修会は、参加証明が必要です。

	学会大会および研修会名、開催期日、場所	単位
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

※参加証明の添付が必要です。ただし、会員証(IDカード)で登録を行った研修会については、参加証明を免除します。本会主催であってもWEB開催等で会員証の登録を行っていない研修会は、参加証明が必要です。

3. 業績:小児歯科学分野の学会・研修会および学術雑誌等への発表

(認定医制度規則並びに施行細則、附表1を参照。)

(本学会入会以降に実施した研修会・学会発表を以下に記載する。新しいものから10件まで。)

	発表者・著者名 (共同発表者・著者を記載順に全員を記す。)	大会・研修会:大会または研修会名、開催期日、場所、発表タイトル 論文:表題、雑誌名、巻(号)、頁～頁、年 著書:表題、書名、編集者、出版社、頁～頁、年 (内容が小児歯科関連のものに限る)	単位
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

※発表証明の添付が必要です。大会・研修会の発表は抄録のコピー、論文発表は論文(全文)のコピーを添付してください。

ださい。なお、小児歯科学雑誌あるいは Pediatric Dental Journal については、論文の 1 ページ目 (論文タイトル・著者名が掲載されていること) のみで結構です。

4. 社会貢献

(認定医制度規則並びに施行細則、附表1を参照)(上限 15 単位)

	学会講演、地域の保健活動、専門学校 の講義、学会活動 などの区別	活動内容(講演テーマ、主催、貢献内容など) 期日(期間)、場所、その他	単位
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

※資料があれば添付する。単位は、認定医委員会で決定するので、記入しなくてよい。

症例報告書(表紙)

申請者 _____ 印

医療機関・施設名 _____ 施設長 _____ 印

医療機関・施設名 _____ 施設長 _____ 印

(複数の医療機関の場合はそれぞれの施設長の署名が必要。本人が施設長の場合は自署とする)

例	患者イニシャル (性別)	医療機関名	初診年月日 (初診時年齢)	主治医としての診療期間 (患児の年齢期間)	特記事項 (全身疾患、発達障害など)
	T.S.(男)	〇〇歯科医院	2018.7.8 (4y5m)	2019.7.4~2022.12.5 (5y5m~8y10m)	
	診療内容(齲蝕、外傷、咬合誘導、過剰歯・小帯異常、齲蝕予防管理、歯周疾患あるいは発達障害児、全身疾患を有する小児、歯科的不協力児の長期口腔管理など)				
症例 1	患者イニシャル (性別)	医療機関名	初診年月日 (初診時年齢)	主治医としての診療期間 (患児の年齢期間)	特記事項 (全身疾患、発達障害など)
	診療内容:				
症例 2	患者イニシャル (性別)	医療機関名	初診年月日 (初診時年齢)	主治医としての診療期間 (患児の年齢期間)	特記事項 (全身疾患、発達障害など)
	診療内容:				
症例 3	患者イニシャル (性別)	医療機関名	初診年月日 (初診時年齢)	主治医としての診療期間 (患児の年齢期間)	特記事項 (全身疾患、発達障害など)
	診療内容:				

以下は参考のため提出時は削除してください。

症例報告書は主に下記の項目についてパワーポイントで作成し、印刷物(カラー)を提出する。

認定医試験ケースプレゼンテーションは、3 症例の中から認定医委員会が指定した 1 症例について行う。

【主 訴】

【現病歴】

【既往歴】

全身既往歴

歯科的既往歴

【家族歴】

【生活歴】

【現 症】

全身所見：

口腔内所見：（治療前の口腔内写真の添付を必須とする。低年齢児、不協力児などで撮影が困難な場合、写真のクオリティについては審査において配慮する。）

口腔清掃状態： プラークチャート等

軟組織所見：

歯列弓形態：

咬合状態： * Terminal plane、第一大臼歯、正中線、被蓋関係等

硬組織所見：

エックス線所見： [エックス線画像での診断が必要な疾患（齲蝕を含む）では、エックス線画像の添付を必須とする。：初診時（治療前）のエックス線写真画像について 患児の協力状態が得られず、理想的なエックス線写真画像が撮影できない場合は審査において配慮する。]

その他の検査所見、分析データ等：

（動的咬合誘導症例の場合、セファロ分析は原則的に必須とする。）

食生活状況： 3 日間の食事調査票など

【診 断】 1 歯ずつ（生活上の問題点も含む）

【治療計画】

【治療・指導の経過】（治療後の口腔内写真の添付を原則として必須とする。）

【考察】（10 行以内）

用語は、日本小児歯科学会専門用語集(第 2 版)に準じる。

歯種は「上顎左側乳中切歯」を歯式や「左上 A」と記載しても良い。