

藤田医科大学 総合アレルギーセンター 「アレルギー診療研修プログラム」募集要項

【応募資格】

1. アレルギー疾患の診療をする機会のある医師
(一般臨床能力を有すること)
非アレルギー専門医、非皮膚科専門医も可能
2. 研修プログラム全日程へ参加可能であることが望ましい^②1: ※
(ただし、プログラム内容は個々の希望により変更可能)
3. 皮膚アレルギーの検査・診断法を研修することで、自施設でのアレルギー診療の質を向上させる意志のある方
4. アトピー性皮膚炎に対して適切なスキンケア指導や患者教育などの診療技術を向上させる意志のある方
②1: ※外来見学実習を10時間以上受講することにより、日本アレルギー学会専門医制度規定の専門医育成のための教育研修第32条(3)「指導医」または「専門医」の外来見学実習を10時間以上受講する」の項目に該当します。

【研修施設】

藤田医科大学総合アレルギー科 (藤田医科大学ばんだね病院内)

【募集人数】

2名程度 (月間)

【研修日数】

研修日数は、1-2週間、1-2ヶ月、6ヶ月、1年など、希望に応じて決めることができます。いずれの期間も研修時間は平日9時~17時、それ以外の時間帯での研修はご希望の方のみです。
長期の場合は、別途手続きが必要ですが診療することも可能です (有給)。

【実施期間】

応募者の希望に合わせ、随時実施予定

【到達目標】

＜パッチテスト＞

問診・皮膚テストを実施し、生活指導ができる。

＜食物・薬剤アレルギー＞

問診・血液検査・皮膚テストを実施し、生活指導ができる。

＜アトピー性皮膚炎＞

ステロイド外用剤や保湿剤の塗布を含むスキンケア指導ができる。

※日本アレルギー学会 アレルギー68 (6), 2019 「アレルギー専門医 (共通) の到達目標」に準拠する

【研修内容】

- 皮膚アレルギーの初診外来見学
(遅延型アレルギー、即時型アレルギー、アトピー性皮膚炎、蕁麻疹、治療：各種生物学的製剤、舌下免疫療法)
- 皮膚テストの実践（プリックテスト・パッチテスト）
- 皮膚アレルギーの患者教育
- カンファレンス・回診・抄読会参加
- 研究施設の見学
- 本学総合アレルギーセンターの各診療科や合同診療見学
(呼吸器内科、小児科、耳鼻咽喉科、眼科)
アレルギー分野における専門性の高い診療を実践的に学べます。

【研修費等】

無料（交通費や滞在にかかる費用はご自身で負担してください）

【申し込み期間】

2020年7月6日（月）～

* コロナ感染症終息後より開始します。

【選考方法】

研修希望期間が重複する場合には書類選考させていただきます。

【応募方法】

下記1～3を一括してご郵送ください。

- 1 履歴書 指定の書式なし
写真貼付のうえ、職歴・取得資格を含めてご記載ください。
- 2 医師免許証のコピー
- 3 研修受講願書 別紙指定の書式に入力または手書き記載したもの

【問い合わせ先・応募書類送付先】

〒454-8509 愛知県名古屋市中川区尾頭橋3-6-10

藤田医科大学総合ばんだね病院 総合アレルギー科 今井

e-mail alergia@fujita-hu.ac.jp

(応募書類はメール添付ではなく郵送をお願いします)

【研修責任者】

藤田医科大学 医学部 総合アレルギー科 矢上晶子

【研修1週間予定（案）】

	Day1	Day2	Day3	Day4	Day5
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	月	火	水	木	金
9:00	オリエンテーション (鈴木)	パッチテスト ブリックテスト 見学	外来見学 (二村)	外来見学 (矢上)	外来見学 (鈴木)
10:00	外来見学 (矢上)				
11:00					
12:00		休憩	休憩		休憩 移動
13:00	昼食	パッチテスト ブリックテスト 見学	総合アレルギーセンター 合同診療	休憩	パッチテスト 準備 見学 または ホーユー総合研究所 見学 (中村)
14:00	クルズス (矢上) または ミーティング	パッチテスト (矢上)	クルズス (PAE)	クルズス (矢上)	
15:00	クルズス (鈴木) または ミーティング		総合アレルギー科 カンファランス	クルズス (鈴木)	
16:00	自習				自習
17:00					

19:00以降

藤田医科大学総合アレルギーセンター アレルギー勉強会（3か月に1回）

クルズス内容

- ・ ブリックテスト、UCAREセンター
- ・ パッチテスト、日本接触皮膚炎研究班について

研 修 受 講 願 書

藤田医科大学 総合アレルギー科 矢上 晶子殿

貴センター 研修プログラム の受講を希望いたします。

年 月 日

ふりがな		生 年 月 日	年齢	性別
氏名		年 月 日	歳	
所属機関名 部署				
所属先住所				
連絡先・ TEL				
E-mail アドレス				
医師経験 年数	年	専門分野		
応募理由				
要望など				

受講希望日程				
第一希望	年	月 日	～	月 日
第二希望	年	月 日	～	月 日
第三希望	年	月 日	～	月 日