**2024年度　口腔顔面痛認定医試験受験の手引き**

日本口腔顔面痛学会専門医等認定委員会

**＜申請資格＞**

１) 日本国歯科医師または医師の免許を有すること

２) 本学会入会後、2回以上、学術集会に参加していること

３) 口腔顔面痛症例の一覧を提出すること（必要症例数：30症例）。症例は非歯原性、歯原性どちらでも良いが、非歯原性・歯原性の鑑別の根拠の記載があること。入会日以前の症例も認められる。症例は痛みに関連した症例とし、基準を満たさない症例を除いた症例数が30症例以下の場合は受験を認めない。そのため、余裕を持って**30症例以上の提出を推奨する**。また，**見学症例は5例まで**とする。

４）米国心臓協会（AHA）のBLSコースを受講していること。

５）本学会主催の診断実習セミナー（非歯原性歯痛診断実習セミナー、または、口腔顔面痛診断実習セミナー、口腔顔面痛臨床推論実習セミナー）を受講していること。

６）精密触覚機能検査研修協議会が実施する精密触覚機能検査研修会を受講していること。

７）別表1の研修単位を有していること

別表1

解剖生理分野 0.5単位以上

病理薬理分野 0.5単位以上

口腔外科分野 0.5単位以上

歯科補綴分野 0.5単位以上

歯科保存分野 0.5単位以上

ペインクリニック分野 0.5単位以上

精神医療・心療内科・心理分野 １単位以上

総合分野 単位数不問

上記合計で 10 単位以上。申請の日から遡って 5 年以内に受講したものに限る。

　日本歯科医学会あるいは日本医学会所属学会の専門医所持者は、関連する分野（１つに限る）について5単位が付与される（複数の専門医資格を有していても5単位のみ）。

※ 認定医試験は口腔顔面痛の診断と治療ガイドブック 第3版の内容を基準として出題されます。

**＜申請方法＞**

　作成した申請書類を、日本口腔顔面痛学会専門医等認定医委員会まで

書留またはレターパックプラスを使用し、お送りください。

送付先：　〒135-0033　東京都江東区深川2-4-11

一ツ橋印刷株式会社学会事務センター内

日本口腔顔面痛学会　専門医等認定医委員会

申請期限：2024年3月29日（消印有効）

試験予定日時：2024年5月26日（日曜日） 9時30分から開始予定

試験予定会場：慶應義塾大学信濃町キャンパス（東京都新宿区信濃町35番地）

申請書類：

申請書類は郵便事故等に備え、必ずコピーを手許に残しておいてください。

1. 受験申請書（様式１）
2. 口腔顔面痛診療記録（様式２）

治療に参加した30例以上についての診療記録（一例につきA４一枚、計30枚以上）

※ 患者個人が特定できる情報は記載しないで下さい。

1. 研修単位・学会参加申告書（様式３）

日本口腔顔面痛学会事務局に「研修一覧証明書」の発行を依頼し、様式３の裏面に貼付してご提出ください。

診断実習セミナーの出席は参加者名簿で確認しますので、証明書提出は不要です。

1. 救急講習の受講証明書のコピー（A4にコピーしてください）
2. 精密触覚機能検査研修修了証明証のコピー（A4にコピーしてください）
3. 歯科医師（医師）免許のコピー（縮小等でA4にコピーしてください）

自著署名以外はワープロ等で電子的にご記入いただいても構いません

**＜受験料＞**

　口腔顔面痛認定医の受験申請料は1万円で、合格後に登録料1万円が別に必要です。

受験申請料1万円は書類提出後、予備審査ののちに振込先口座をご案内いたしますので、速やかにお支払いください。なお振り込まれた受験申請料はいかなる理由があろうと返却できませんのでご注意ください。また年会費の未納があれば申請前に支払いをお済ませください。

様式１

**口腔顔面痛認定医試験　受験申請書**

住所：

氏名：

和暦生年月日：

メールアドレス：

日本口腔顔面痛学会　口腔顔面痛認定医試験を受験いたしたく、関連書類を添えて申請いたします。

年　　月　　日

日本口腔顔面痛学会会員番号：

受験者自著署名

注　住所は受験関係の書類が届くところをお書きください。

　　ご提出いただいた個人情報は認定医試験に必要な限りにおいて利用します。

様式2　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　症例番号

（1から順番に番号を付与してください）

受験者氏名

**口腔顔面痛診療記録**

患者背景：　　男　女　　年齢

症例種別：　担当　　見学

（見学の場合）主治医名：　　　　　　　　（所属：　　　　　　　　）

初診時診断名：

歯原性・非歯原性の別：　　　歯原性　　　非歯原性

診療経過（A4版1枚に収まるようにお書きください）

主訴：

現病歴：

既往歴：

現症：

診断に至った経緯のまとめ（問診から、どのような鑑別診断を考え、どのような診察を行い、最終診断に至ったか）：

様式3

**研修単位・学会参加申告書**

氏名

１．研修単位

解剖生理分野　　　　　　　　　計　　単位

病理薬理分野　　　　　　　　　計　　単位

口腔外科分野　　　　　　　　　計　　単位

歯科補綴分野　　　　　　　　　計　　単位

歯科保存分野　　　　　　　　　計　　単位

ペインクリニック分野　　　　　計　　単位

精神医療・心療内科・心理分野　計　　単位

総合分野　　　　　　　　　　　計　　単位

他科専門医：名称

申請する分野（ひとつだけ○をする）：

口腔外科・歯科補綴・歯科保存・ペインクリニック　→5単位

合計研修単位　　総計　　　単位

２．学術大会開催日の研修証明

研修単位・学術大会への参加記録は、コンピュータ管理していますので、日本口腔顔面痛学会事務局に「研修一覧証明書」の発行を依頼し、貼付してください。

学術集会に2回以上参加が求められます。裏面添付の研修一覧証明書のうち、下記に該当する日のものに赤丸をしてください。

・2019年 9月28-29日

・2020年　11月22-23日

・2021年　11月20-21日

・2022年　10月 9-10日

・2023年　11月18-19日

裏面に研修一覧証明書の原本を貼付してください。