**2025年度　口腔顔面痛専門医（口頭試問）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) 日本口腔顔面痛学会専門医「筆記」試験に合格し、合格証の有効期限内（合格後10年目の年度末まで）であること

３) 継続して5年以上、正会員または準会員であること

４）疼痛に関する論文(症例報告を含む)、総説、解説、教科書など(以下、論文等)を主著者として 2 編以上発表していること。ただしうち1編は日本口腔顔面痛学会雑誌で、10 年以内に印刷公表あるいは掲載証明書を取得したものでなければならない。

５) 日本口腔顔面痛学会学術集会に3回以上出席していること

６）研修施設での研修には、三叉神経痛 10 例，神経障害性疼痛 10 例，筋筋膜性疼痛 10 例の診断および治療を含むこと。ただし認定医は三叉神経痛 3 例、神経障害性疼痛 3 例、 筋筋膜性疼痛 3 例でよい。また準研修機関での研修履歴を含む場合、前記の症例とは別に研修機関あるいは準研修機関での三叉神経痛 1 例、神経障害性疼痛 1 例、筋筋膜性疼痛 1 例の詳細な症例報告と指導医による指導内容報告書を添付すること。研修には所属する研修施設の代表指導医の指示により行った研修施設外医療機関での研修症例も認める。この場合、研修施設外医療機関では当該分野の専門医(日本歯科医学会もしくは日本医学会所属の学会専門医)が指導しなければならない。

　　研修施設が施設認定される前の症例、あるいは入会日以前の症例は認められない。

７）AHAのBLSコースを受講していること

８）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。

９）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。

10）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 1単位以上

病理薬理分野 1単位以上

口腔外科分野 1単位以上

歯科補綴分野 1単位以上

歯科保存分野 1単位以上

ペインクリニック分野 1単位以上

精神医療・心療内科・心理分野 3 単位以上

総合分野 単位数不問

上記合計で 20 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）。

基準を満たした者に対し、口頭試問を行う。口頭試問は口腔顔面痛専門医としてふさわしい知識、技術、専門能力および高貴な人格を備えているかを判断する。

**※　申請の際には、必ず学会の**[**規定集**](https://jorofacialpain.sakura.ne.jp/wordpress/wp-content/uploads/2021/11/20211125.pdf)**にて詳細等を確認してください。**

**＜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：2025年2月28日（金曜日）（消印有効）**

**試験予定日時：2025年5月25日（日曜日）**

**試験予定会場：東京都内を予定 （詳細は後日お知らせします。）**

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. 受験申請書兼研修証明書（様式１），必要に応じて研修証明書（複数施設）（様式２）

※単一施設の研修の場合は様式２の作成は必要ありません。

1. 口腔顔面痛診療記録（様式3-1），必要に応じて症例報告兼指導内容報告書（様式3-2）
* 治療に参加した三叉神経痛10例以上、神経障害性疼痛10例以上、筋筋膜性疼痛10例以上についての診療記録（1例につき500字以上、A４一枚、計30枚以上）

（ただし認定医は三叉神経痛 3 例、神経障害性疼痛 3 例、 筋筋膜性疼痛 3 例でよい。）

* 準研修機関での研修履歴を含む場合は，治療に参加した三叉神経痛 1 例、神経障害性疼痛 1 例、筋筋膜性疼痛 1 例についての様式3-2の作成（1例につき500字以上）

※ 患者個人が特定できる情報は記載しないで下さい。

※ 研修施設が施設認定される前の症例、あるいは入会日以前の症例は認められませんのでご注意ください。

1. 研修単位・学会参加申告書（様式4）

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4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. AHA-BLSプロバイダカードのコピー（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）
4. 疼痛に関する論文の１枚目（主著者として2編以上）（縮小等でA4にコピーしてください）、掲載証明等で申請される方はその証明書

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＞**

　口腔顔面痛専門医（口頭試問）の受験申請料は1万円で、合格後に登録料2万円が別に必要です。

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。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

**口腔顔面痛専門医試験　受験申請書　兼　研修証明書**

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　口腔顔面痛専門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：

日本口腔顔面痛学会専門医（筆記）試験合格年月日： 年　　　　月　　　　日

受験者自著署名：

**研修証明書**

上記のものは週3日以上、5年間、口腔顔面痛臨床に従事していることを証明する。

年　　月　　日

認定研修施設名

代表指導医自著署名

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専門試験に必要な限りにおいて利用します。

　・複数の施設で研修された場合は、それぞれの研修施設に研修期間を明記した

様式2：研修証明書（複数施設）の作成を依頼してください。

様式2

**研修証明書（複数施設）**

受験者氏名：

上記のものは当機関で臨床研修を行ったことを証明する。

年　　月　　日

研修施設名

（　研修施設　・　準研修施設　）いずれかに〇をしてください。

研修期間：　　　　年　月　日〜　　　　年　月　日

代表指導医自著署名

（指導医が保持する専門医名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

様式3-1　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

研修施設名

指導医名　　　　　　　　　　　　　（この症例の指導医を書くこと）

**口腔顔面痛診療記録**

患者背景：　　　男　女　　　年齢

初診時診断名：

診療経過（字数は500字以上とし、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：

治療経過：

様式3-2　　　　　　　　　　　　　　　　　　　症例種別

（三叉神経痛、神経障害性疼痛、筋筋膜性疼痛のいずれかを記載）

受験者氏名

研修施設名

指導医名　　　　　　　　　　　　　（この症例の指導医を書くこと）

**症例報告 兼 指導内容報告書**

患者背景：　　　男　女　　　年齢

初診時診断名：

診療経過（字数は500字以上）

主訴：

現病歴：

既往歴：

現症：

治療経過：

**指導医記載欄**

指導内容：

指導医自著署名：

様式4

**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3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。

・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

・2024年　11月30日－12月1日

裏面に研修一覧証明書の原本を貼付してください。