

救急準夜研修・二次救急輪番研修 報告書

研修医：	救急研修日： 年 月 日 ()	
研修内容： 三次救急 ・ 二次救急	研修病院： 大学病院 ・ 岩崎病院 ・ 永井病院 ・ 遠山病院	
勤務開始時間： 指導医署名	勤務終了時間：	指導医署名
研修開始時間に入れなかった理由		
指導医(卒後年数)：	(年)	(年)
研修実績： #1 病名 #2 処置		
時間外ウォークイン (大学のみ) ※記入欄が足りない場合は裏面へご記入ください。		
患者 ID. _____	患者 ID. _____	患者 ID. _____
患者年齢 歳 男性・女性	患者年齢 歳 男性・女性	患者年齢 歳 男性・女性
【主訴】	【主訴】	【主訴】
【診断】	【診断】	【診断】
<input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 入院の転帰 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 入院の転帰 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 入院の転帰 <input type="checkbox"/> その他 ()
指導医署名： _____	指導医署名： _____	指導医署名： _____

※以下、指導医の先生ご記入をお願いいたします。

研修医へのフィードバック/コメント： 指導医署名：

* コピーを一部取り、原本は初期研修センターに提出、コピーは研修評価ファイルに綴じてください。

救急準夜研修・二次救急輪番研修 指導医評価表 (※帰院後に記載：研修場所では記入しないで下さい。)

研修医：	救急研修日： 年 月 日 ()
勤務開始時間： :	勤務終了時間： :

指導に対する評価：	(A 満足 B 許容範囲 C 不満 ? 評価不能)
臨床医としての知識・態度	A ・ B ・ C ・ ?
研修指導の内容	A ・ B ・ C ・ ?
指導体制	A ・ B ・ C ・ ?
今回の研修に対する満足度	A ・ B ・ C ・ ?
コメント：	

* 記入後、初期研修センターに提出して下さい。