

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： :	勤務終了時間： :																			
研修開始時間に入れなかった理由																				
指導医(卒後年数):	(年)	(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。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>患者 ID.</th> <th>患者 ID.</th> <th>患者 ID.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>患者年齢 歳 男性・女性</td> <td>患者年齢 歳 男性・女性</td> <td>患者年齢 歳 男性・女性</td> </tr> <tr> <td>【主訴】</td> <td>【主訴】</td> <td>【主訴】</td> </tr> <tr> <td>【診断】</td> <td>【診断】</td> <td>【診断】</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/>帰宅 <input type="checkbox"/>入院の転帰 <input type="checkbox"/>その他（ ） </td> <td> <input type="checkbox"/>帰宅 <input type="checkbox"/>入院の転帰 <input type="checkbox"/>その他（ ） </td> <td> <input type="checkbox"/>帰宅 <input type="checkbox"/>入院の転帰 <input type="checkbox"/>その他（ ） </td> </tr> <tr> <td>指導医署名： _____</td> <td>指導医署名： _____</td> <td>指導医署名： _____</td> </tr> </tbody> </table>			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： _____
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 ・ ?
メディカルスタッフの研修医への対応	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 (C を記載した場合はその理由を書いてください。今後の改善のため貴重なご意見をお願いします。メディカルスタッフへのご意見の場合は正確な状況把握のため職種も書いてください。)	
:	

* 記入後、初期研修センターに提出して下さい。