書式3 初期研修医　経験症例確認チェックシート

研修医氏名：　　　　　　　　　　　　　疾病・病態（一覧No.）：　　　　　　　　　　　（　　）

提出書類が下記の項目を満たしていることの確認をお願いいたします

|  |  |
| --- | --- |
|  | チェック |
| 1. 病歴が記載されている |  |
| 1. 身体所見が記載されている |  |
| 1. 検査所見が記載されている |  |
| 1. アセスメントが記載されている |  |
| 1. プラン（診断、治療、教育）が記載されている |  |
| 1. 考察が記載されている |  |
| 1. 患者氏名、IDなどの個人情報が同定不可能な状態である |  |

　　　　　　　　　　　　　指導医署名：

お忙しいところ、研修医の指導にご協力いただきありがとうございました。

臨床研修・キャリア支援部　初期研修センター