**大阪公立大学医学部附属病院　歯科研修レポート（Ver1）**

レポート記載日　　　　年　　　月　　　日

症例の区分：□全身麻酔症例の経験　□救命救急患者の経験　□外科症例の経験　□内科症例の経験

歯科研修医氏名：　　　　　　　　　　　　　　研修診療科　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科

研修期間（開始日）　自　　　年　　　月　　　日　　研修期間（終了日）　至　　　年　　　月　　　日

患者情報　　年齢　　　　歳　　男　・　女　　入院：　有　・　無　　その他：

患者情報:カルテNO.・氏名・イニシャルは記載しない。人種・国籍・出身地・現住所・電話番号・職業歴・

既往歴・家族歴・宗教歴・生活習慣・嗜好について、対象疾患との関連が薄い場合は記載しない。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **疾患・症状名** | | | |
|  | | | |
| **転帰**：　　□治癒　　　□軽快　　　□転科（手術　有・無）　　　□不変　　　□死亡（剖検　有・無）  フォローアップ：□外来にて　　　□他医へ依頼　　　□転院（　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **病歴** | | | |
|  | | | |
| **考察** | | | |
|  | | | |
| 自署 | | | |
|  | | | |
| **指導医記載欄　　コメント：** | | | |
|  | | | |
| ＊（レポート内容が不充分であると判断した場合は受領日、概略評価を記入せず、書き直しを指示してください） | | | |
| 指導医診療科： |  | 指導医氏名： | 印 |
| レポート受領日 | 年　　月　　日 | 概略評価 | A（大変良い）　　　　B（良い）　　　　C（標準） |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 確　認　印 |
| 歯科プログラム責任者  承認日：　　　年　　月　　日 |  |