

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 XXXX年 XX月 XX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： 公大 太郎 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

① 青枠内の項目を記入してください。

考察

自署 公大 太郎

指導医記載欄 コメント：

② 医科の指導医に評価とコメントをいただいでください。

*（レポート内容が不十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）

③ 歯科のプログラム責任者に確認印を
いただいでください。

歯科プログラム責任者
承認日： _____年 _____月 _____日

確認印