

この基準は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この基準は、平成22年6月1日から施行する。

附 則

この基準は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この基準は、平成28年8月1日から施行する。

附 則

この基準は、平成29年1月1日から施行する。

附 則

この基準は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この基準は、平成30年10月1日から施行する。

附 則

この基準は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この基準は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この基準は、令和2年12月1日から施行する。

附 則

この基準は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この基準は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この基準は、令和5年4月1日から施行する。

<辞令書>

## 辞 令 書

令和 年 月 日

|                                                                       |                      |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|
| (職)                                                                   | (氏名)                 |
| (任命事項)                                                                |                      |
| <p>岩手県立胆沢病院 を命ずる</p> <p>なお に任命された者は、<br/>臨床研修医の育成に関わり、別紙のとおり評価を行う</p> |                      |
| 任命期間                                                                  | 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで |
| 岩手県立胆沢病院長                                                             |                      |

<任命書>

## 任 命 書

令和 年 月 日

|                                                                                                                 |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| (職)                                                                                                             | (氏名)                 |
| (任命事項)                                                                                                          |                      |
| <p>岩手県立胆沢病院                      を命ずる</p> <p>なお                      に任命された者は、<br/>臨床研修医の育成に関わり、別紙のとおり評価を行う</p> |                      |
| 任命期間                                                                                                            | 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで |
| 岩手県立胆沢病院長                                                                                                       |                      |

## 臨 床 研 修 中 断 証

|                             |              |                   |                |
|-----------------------------|--------------|-------------------|----------------|
| ふりがな<br>研修医の氏名              |              | 生年月日              | 昭和<br>平成 年 月 日 |
| 医籍登録番号                      | 第 号          | 登録年月日             | 年 月 日          |
| 中断した臨床研修に係る<br>研修プログラムの名称   |              |                   |                |
| 臨床研修を行<br>った病院又は<br>施設の名称   | 臨床研修病院       | 所在する都道府県          |                |
|                             | 臨床研修協力<br>施設 |                   |                |
| 研修開始年月日                     | 年 月 日        | 研修中断年月日<br>(休止期間) | 年 月 日<br>( 日)  |
| ※臨床研修を中断した理由:               |              |                   |                |
| ※臨床研修を中断したときまでの臨床研修の内容:     |              |                   |                |
| ※中断したときまでの研修内容における当該研修医の評価: |              |                   |                |

※については、適宜、研修内容やその評価が分かるような資料（臨床研修指導医（指導医）による研修医の評価表など）を添付すること。

上の者は、研修プログラムのうち中断時までの内容について履修したことを証明する。

年 月 日

- ○ 病院 院 長  
○ ○ 病院研修管理委員会委員長

## 臨床研修修了証

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                           |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ふ り が な<br>研 修 医 の 氏 名        |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                           |
| 生年月日                          | 昭和<br>平成 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                |                                           |
| 医籍登録番号<br>及び登録年月日             | 第 号<br>年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |
| 修了した臨床研修に係る研修プログラムの<br>番号及び名称 | プログラム番号                                                                                                                                                                                                                                                       | 研修プログラムの名称                                |
|                               | <div style="border: 1px solid black; height: 40px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; bottom: 0; border-left: 1px dashed black; border-right: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black;"></div> </div> | ※研修中断により複数のプログラムを履修した場合は、修了認定を行ったプログラムを記入 |
| 研修開始年月日<br>及び研修修了年月日          | 年 月 日開始<br>年 月 日修了                                                                                                                                                                                                                                            |                                           |
| 臨床研修を行った臨床研修病院の病院<br>施設番号及び名称 | 病院施設番号                                                                                                                                                                                                                                                        | 基幹型又は地域密着型臨床研修病院<br>の名称                   |
|                               | <div style="border: 1px solid black; height: 40px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; bottom: 0; border-left: 1px dashed black; border-right: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black;"></div> </div> | ※研修中断により複数のプログラムを履修した場合は、修了認定を行った病院を記入    |
|                               | 協力型臨床研修病院の名称                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |
| 臨床研修協力施設で研修を行った場合にはその名称       |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                           |

※研修中断により複数のプログラムを履修した場合には、修了認定を行ったプログラム以外のプログラム及び当該プログラムを履修した病院の名称について、別紙に記載すること。

上の者は、〇〇プログラムの課程を修了したことを認定する。

年 月 日

〇 〇 病院 院 長  
〇〇病院研修管理委員会委員長

## 臨床研修未修了理由書

|                           |              |           |         |                |
|---------------------------|--------------|-----------|---------|----------------|
| ふりがな<br>研修医の氏名            |              | 性別<br>男 女 | 生 年 月 日 | 昭和 年 月 日<br>平成 |
| 医籍登録番号                    | 第 号          |           | 登録年月日   | 年 月 日          |
| 未修了の臨床研修に係る<br>研修プログラムの名称 |              |           |         |                |
| 臨床研修を行<br>った施設の名<br>称     | 臨床研修病院       |           |         |                |
|                           | 臨床研修協力施<br>設 |           |         |                |
| 研修期間                      | 年 月 日～ 年 月 日 |           |         |                |
| ※臨床研修を修了していないと認める理由：      |              |           |         |                |

※については、適宜、研修内容やその評価が分かる資料（指導医による研修医の評価票など）など、研修を修了していないとする理由が分かる資料を添付すること。

上の者は、上記の理由により、研修プログラムを修了していないものと認められるので通知する。

年 月 日

○ ○ 病院 院 長  
 ○○病院研修管理委員会委員長

<レポートフォーム各種>

C P C レポート

|        |     |    |        |          |
|--------|-----|----|--------|----------|
| 患者 I D | 分野名 | 剖検 | 病院名    | 岩手県立胆沢病院 |
| 患者年齢   | 歳   | 性別 | 入院日    | 年 月 日    |
|        |     |    | 退院日    | 年 月 日    |
|        |     |    | 受持期間 自 | 年 月 日    |
|        |     |    | 至      | 年 月 日    |
| 転帰：    | (剖検 | )  |        |          |

確定診断名（主病名および副病名）

【主訴】  
【既往歴】  
【現病歴】

【入院時身体所見】

【主要な検査所見】

【主な画像所見】

【入院後経過】

【臨床上の疑問点・問題点】

【病理解剖所見】

【病理解剖診断】

【考察】

|         |    |   |
|---------|----|---|
| 記載者：病院名 | 氏名 |   |
| 病理医：病院名 | 氏名 | 印 |
| 指導医：病院名 | 氏名 | 印 |

# CPC評価票

- a. 十分できる  
b. できる  
c. 要努力  
? 評価不能

研修医氏名 \_\_\_\_\_

## (1) 臨床指導医による評価項目

自己評価

病理医評価

1. 病理解剖の手続き、法的問題を説明できたか
2. 遺族から病理解剖承諾を得る態度は適切であったか

[ ] [ ]  
[ ] [ ]

## (2) 病理指導医による評価項目

1. 剖検前に臨床経過と臨床的問題点を病理医に適切に説明できたか
2. 病理解剖室での態度は適切であったか
3. 病理医の述べる肉眼所見を適切に用紙に記入できたか
4. 肉眼所見における問題点を説明できたか  
(必要な切出し部位を説明できたか)
5. 肉眼所見に基づく暫定診断を説明できたか
6. 顕微鏡所見を説明できたか
7. 臨床経過と病理解剖結果の関連を説明できたか
8. 最終病理診断を説明できたか

[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]

## (3) 臨床指導医、病理指導医両者による評価項目

1. CPC の資料は適切なものを用意できたか
2. CPC における症例提示は適切であったか
3. CPC における討議で、積極的に意見を述べたか
4. CPC レポートの内容は適切であったか
  - 1) 臨床経過のまとめ
  - 2) 臨床上の問題点のまとめ
  - 3) 病理所見のまとめ
  - 4) CPC のまとめ
  - 5) 臨床経過と病理所見を関連付けた症例のまとめと考察

[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]

## 5. その他の特記すべき事項

[ ]

総合評価

[ ] [ ]

(病理指導医) 評価日 平成 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

# CPC評価票

- a. 十分できる  
b. できる  
c. 要努力  
? 評価不能

研修医氏名 \_\_\_\_\_

## (1) 臨床指導医による評価項目

自己評価

指導医評価

1. 病理解剖の手続き、法的問題を説明できたか
2. 遺族から病理解剖承諾を得る態度は適切であったか

[ ] [ ]  
[ ] [ ]

## (2) 病理指導医による評価項目

1. 剖検前に臨床経過と臨床的問題点を病理医に適切に説明できたか
2. 病理解剖室での態度は適切であったか
3. 病理医の述べる肉眼所見を適切に用紙に記入できたか
4. 肉眼所見における問題点を説明できたか  
(必要な切出し部位を説明できたか)
5. 肉眼所見に基づく暫定診断を説明できたか
6. 顕微鏡所見を説明できたか
7. 臨床経過と病理解剖結果の関連を説明できたか
8. 最終病理診断を説明できたか

[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]

## (3) 臨床指導医、病理指導医両者による評価項目

1. CPC の資料は適切なものを用意できたか
2. CPC における症例提示は適切であったか
3. CPC における討議で、積極的に意見を述べたか
4. CPC レポートの内容は適切であったか
  - 1) 臨床経過のまとめ
  - 2) 臨床上的問題点のまとめ
  - 3) 病理所見のまとめ
  - 4) CPC のまとめ
  - 5) 臨床経過と病理所見を関連付けた症例のまとめと考察

[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]  
[ ] [ ]

## 5. その他の特記すべき事項

[ ]

総合評価

[ ] [ ]

(臨床指導医) 評価日 平成 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

## 死亡診断書リスト

研修医名

| I D | 性別 | 年齢 | 死亡日時 | 直接死因 | 備 考 |
|-----|----|----|------|------|-----|
|     |    |    |      |      |     |
|     |    |    |      |      |     |
|     |    |    |      |      |     |
|     |    |    |      |      |     |
|     |    |    |      |      |     |
|     |    |    |      |      |     |
|     |    |    |      |      |     |
|     |    |    |      |      |     |
|     |    |    |      |      |     |
|     |    |    |      |      |     |
|     |    |    |      |      |     |
|     |    |    |      |      |     |
|     |    |    |      |      |     |
|     |    |    |      |      |     |

## 受講講習会参加記録

| 氏 名 |          |               | No.  |    |
|-----|----------|---------------|------|----|
| 番号  | 受講講習会の名称 | 開催日程          | 開催場所 | 備考 |
| 1   |          | 年 月 日 ～ 年 月 日 |      |    |
| 2   |          | 年 月 日 ～ 年 月 日 |      |    |
| 3   |          | 年 月 日 ～ 年 月 日 |      |    |
| 4   |          | 年 月 日 ～ 年 月 日 |      |    |
| 5   |          | 年 月 日 ～ 年 月 日 |      |    |
| 6   |          | 年 月 日 ～ 年 月 日 |      |    |
| 7   |          | 年 月 日 ～ 年 月 日 |      |    |
| 8   |          | 年 月 日 ～ 年 月 日 |      |    |
| 9   |          | 年 月 日 ～ 年 月 日 |      |    |
| 10  |          | 年 月 日 ～ 年 月 日 |      |    |

## 発表記録

### 1.口演発表

| 氏 名 |     |       | No.        |             |    |
|-----|-----|-------|------------|-------------|----|
| 番号  | 日 時 | 演 題 名 | 学会・研究会等の名称 | 発表者(主発表者に○) | 備考 |
| 1   |     |       |            |             |    |
| 2   |     |       |            |             |    |
| 3   |     |       |            |             |    |
| 4   |     |       |            |             |    |
| 5   |     |       |            |             |    |
| 6   |     |       |            |             |    |
| 7   |     |       |            |             |    |
| 8   |     |       |            |             |    |
| 9   |     |       |            |             |    |
| 10  |     |       |            |             |    |

<フォーム9-2>

発 表 記 録

2.誌上発表

氏 名

No.

| 番号 | 題 名 | 誌名、巻(号):ページ、年 | 発 表 者(主発表者に○) | 備 考 |
|----|-----|---------------|---------------|-----|
| 1  |     |               |               |     |
| 2  |     |               |               |     |
| 3  |     |               |               |     |
| 4  |     |               |               |     |
| 5  |     |               |               |     |
| 6  |     |               |               |     |
| 7  |     |               |               |     |
| 8  |     |               |               |     |
| 9  |     |               |               |     |
| 10 |     |               |               |     |

<フォーム10>

学 会 等 参 加 記 録

| 氏 名 |              | No.           |      |     |
|-----|--------------|---------------|------|-----|
| 番号  | 学会および研究会等の名称 | 開 催 日 程       | 開催場所 | 備 考 |
| 1   |              | 年 月 日 ～ 年 月 日 |      |     |
| 2   |              | 年 月 日 ～ 年 月 日 |      |     |
| 3   |              | 年 月 日 ～ 年 月 日 |      |     |
| 4   |              | 年 月 日 ～ 年 月 日 |      |     |
| 5   |              | 年 月 日 ～ 年 月 日 |      |     |
| 6   |              | 年 月 日 ～ 年 月 日 |      |     |
| 7   |              | 年 月 日 ～ 年 月 日 |      |     |
| 8   |              | 年 月 日 ～ 年 月 日 |      |     |
| 9   |              | 年 月 日 ～ 年 月 日 |      |     |
| 10  |              | 年 月 日 ～ 年 月 日 |      |     |

<初期臨床研修記録閲覧申込書>

## 初期臨床研修記録閲覧申込書

○申込日       :               年           月           日

○閲覧者氏名       : \_\_\_\_\_

○研修記録氏名       : \_\_\_\_\_

○閲覧の目的       : \_\_\_\_\_

○閲覧項目

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

○複写の有無:   有   ・   無

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

注意: 原則として医局または研究室で閲覧してください。

<コメディカルによる研修医評価票>

様式8

コメディカルによる研修医評価票

記 載 日 :

病 棟 又 は 部 門 :

記 載 者 氏 名 :

対 象 研 修 医 氏 名 :

研 修 期 間 : . . ~ . .

I 勤務態度について（該当する数字を○で囲むこと）

素晴らしい 十分 もう一歩 努力しましょう

|                        |   |   |   |   |
|------------------------|---|---|---|---|
| ① マナー、挨拶、言葉遣い、服装、身だしなみ | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ② メディカルスタッフとの協調性       | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ③ 処方、オーダー、指示の適正        | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ④ カンファレンスへの積極的参加       | 4 | 3 | 2 | 1 |

※評価基準は裏面をご覧ください

II 良かったところ

III 今後の改善を期待するところ

IV ひと言アドバイスをお願いします

V 指導医について（指導医： ）

◆◆評価基準◆◆

|                        | 素晴らしい                                                                                                                                           | 十分                                                                                                                         | もう一歩                                                                                                                         | 努力しましょう                                                                                                                                   |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① マナー、挨拶、言葉遣い、服装、身だしなみ | <ul style="list-style-type: none"> <li>・自ら進んで明るく挨拶をする。</li> <li>・相手に敬意を持った言葉遣いである。</li> <li>・服装・身だしなみが必要以上に派手でなく、清潔感がある。</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・自ら進んで挨拶をする。</li> <li>・相手に最低限失礼のない言葉遣いである。</li> <li>・清潔感はあるが、たまに派手である。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・挨拶をされたら返す。</li> <li>・相手の配慮に欠ける言葉遣いをすることがある。</li> <li>・清潔感はあるが、必要以上に派手である。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・挨拶をされても返さない。</li> <li>・失礼な物言いをする。</li> <li>・服装・身だしなみに清潔感がない。</li> </ul>                           |
| ② メディカルスタッフとの協調性       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・担当患者についてスタッフから積極的に情報収集をしたり、意見を求めて適宜診療に反映させる。</li> <li>・担当患者はもちろんのこと、担当患者以外でも依頼された業務は快く引き受ける。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・担当患者についてスタッフから報告された情報を適宜に反映させる。</li> <li>・担当患者の業務は依頼されれば快く引き受ける。</li> </ul>        | <p>担当患者についてスタッフから報告された情報は聴くが、診療にあまり反映させない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・担当患者の業務を依頼されるとしぶしぶ引き受ける。</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・担当患者についてのスタッフからの報告に耳を傾けない。</li> <li>・担当患者の業務を依頼されるとしぶしぶ引き受けるが、断ることもある。</li> </ul>                 |
| ③ 処方、オーダー、指示の適正        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・スタッフから依頼のあった処方やオーダーについて、指導医に確認のうえ速やかに入力する。</li> <li>・指示の記載が非常にわかりやすい。</li> </ul>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・スタッフから依頼のあった処方やオーダーについて、指導医に確認のうえ同日内には入力する。</li> <li>・指示の記載が概ね意味を汲み取れる。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・スタッフから依頼のあった処方やオーダーについて、入力するが指導医との確認が不十分である。</li> <li>・指示の記載がわかりにくいことがある。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・スタッフから依頼のあった処方やオーダーについて、入力されていないことが多い。</li> <li>・指示の記載がわかりにくい、あるいは必要な指示が入力されていないことがある。</li> </ul> |
| ④ カンファレンスへの積極的参加       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟のカンファレンスに自ら参加し、積極的に発言する。</li> </ul>                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟のカンファレンスに参加し、時々発言する。</li> </ul>                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟のカンファレンスにたまに参加するが、ほとんど発言しない。</li> </ul>                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟のカンファレンスにほとんど参加しない。</li> </ul>                                                                  |