

届出書類関係

【全員が届出する書類】

- ・ アンケート（届出先：教務課）

【学外コース受講者】

- ・ 誓約書（届出先：学外実習施設）
- ・ 健康診断書（届出先：学外実習施設）
 - ※ 本シラバスに書類はありません
- ・ 電子カルテシステム端末使用に関する誓約書
 - （※ 広尾病院選択者のみ）

平成30年度選択臨床実習アンケート 学生 用

学生番号

氏名

以下の質問に“はい” “いいえ” や5段階の数字に○をし、()内には、数字や意見などを記述して下さい。

5 : とても良い、とても良くできた。
4 : 良い
3 : 普通
2 : 悪い、できなかった。
1 : とても悪い、全くできなかった

1. 通学に関する負担はありましたか。

無かった・あった(負担があった方は、具体的に何が負担だったかを記載して下さい。
()

2. 選択臨床実習の内容は、良かったですか。

┌──────────┴──────────┴──────────┴──────────┴──────────┐
5 4 3 2 1

3. 5年次BSLで聞き逃したところや見逃したところがカバーできましたか。

はい・いいえ(いいえの理由:)

4. 5年次BSLとの違いを明確にした実習ができましたか。

はい・いいえ(いいえの理由:)

5. 6年選択臨床実習の時期は適当であると思われましたか。

はい・いいえ(いいえの理由:)

6. 6年選択臨床実習の期間は適当であると思われましたか。

長い・適当・短い

7. 学外コースを選択した・選択しなかった理由は何ですか。どちらかを記載して下さい。

選択した理由：

()

選択しなかった理由：

()

8. 決定されたコースは、希望通りにいきましたか。下記に○を付けて下さい。

希望通り・ほぼ希望通り・あまり満足していない・不満がある

9. 選択臨床実習のコースの選択方法について○を付けて下さい。

学生主導でよい・教員主導が良い。その他 ()

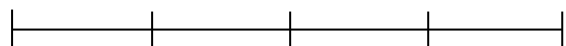
10. 1コースあたりの学生の人数は、何人が適当と思いますか。

() 人

11. 1コースあたりの教員的人数は、何人が適当と思いますか。

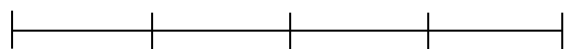
() 人

12. 教員の指導は適切でしたか。



5 4 3 2 1

13. 臨床参加型の実習ができましたか。



5 4 3 2 1

14. 自学自習となった時間は、1日の実習当たりおよそ何割でしたか。

1日あたりおよそ () %

15. 担当教員は明確になっていましたか。

はい・いいえ (いいえの理由：)

16. 教員は、対応は、適切でしたか。

はい・いいえ (いいえの理由：)

1. 学生の自習スペースやインターネット環境は確保されていましたが。

① 学習（自習）スペース

はい・いいえ（いいえの理由： _____)

② インターネット環境

はい・いいえ（いいえの理由： _____)

17. その他どのようなことでも良いですから、具体的なコメントをお願いします。

病院長殿

誓約書

私は、貴病院における臨床実習（以下「実習」とする）に際して、個人情報の保護に関する法律および下記の事項を厳守し、貴病院に迷惑をかけることなく、誠実に実習を行うことを、ここに誓います。

記

- 1 実習期間中は、貴病院の諸規定を遵守し、実習指導者をはじめ職員の指示に従い、誠実に実習を行います。
- 2 臨床実習で知り得た個人情報は、実習期間中および実習期間後も漏洩いたしません。
- 3 提出レポート等に個人情報の含まれた項目は一切記入いたしません。
- 4 USB メモリ，ポータブル HD，SD カード等の外部記憶装置を貴病院に持ち込めません。
- 5 USB メモリ，ポータブル HD，SD カード，個人の PC，携帯電話・スマートフォン，タブレット型端末等いかなる電子媒体や紙媒体に個人情報の含まれたものは一切記録いたしません。
- 6 個人情報の含まれたものを決して実習施設外に持ち出すことはいたしません。
- 7 実習期間中は、貴病院の建物設備・機器の故意または重大な過失等により損害を与えません。
- 8 上記、誓約に反し患者様および貴病院に損害を与えた場合、それ以後の臨床実習を中止し、また損害を賠償する責任を負うことに異議ありません。

平成 年 月 日

日本大学医学部医学科

学籍番号

氏 名 (サイン)

以 上

平成 年 月 日

都立広尾病院長 殿

誓約者	氏名	_____ (印)
	ふりがな	_____
	住所	_____
	生年月日	西暦 年 月 日
	所属及び職種	_____
	実習期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日
	実習予定診療科等	_____ 科

電子カルテシステム端末使用に関する誓約書

私は、貴院において臨地実習指導を受ける際、電子カルテシステム端末（以下、「電子カルテ」という。）の使用に当たり、下記事項を厳守すること誓約します。

記

- 1 私は、貴院と施設間協定を締結している施設の実習生で、上記期間を継続して実習します。
- 2 電子カルテ内の情報は患者さまの個人情報であることを常に認識し、患者様のプライバシー保護に細心の注意を払います。知り得た情報は他人に漏洩せず、守秘義務を厳守します。
- 3 電子カルテで使用できる参照機能の範囲を守ります。
- 4 電子カルテの使用に関しては、貴院の取り決め等、諸規則に従います。
- 5 自分に割り当てられた利用者番号（ID）及びパスワードの管理に責任を持ちます。