東京医科歯科大学医学部医学科臨床実習

学外病院実習出席確認/総合評価票

プログラム名：　　　　　　　　　　　　　実習機関名：

学籍番号：　　　　　　　　　　　　学生氏名：

評価責任者： 　　　　 　　　　　　評価日：平成 　 年　 月　 日

　出席について

該当するものをチェックしてください。

□　本ローテションにおいて「3/4以上の出席」要件は満たした

□　本ローテションにおいて「3/4以上の出席」要件を満たさなかった

この場合は、必要な補修などを学生に指示し、以下の評価責任者コメント欄にご記載ください。

**総合評価**

該当する評価（1つ）をチェックしてください。

□A　:特筆に値するパフォーマンスを呈した

　　　　　（例：専門医研修修了時に期待されるレベルなど）

□B　:Cに加え、高いレベルのパフォーマンスを呈した

　　　　　（例：臨床研修修了時に期待されるレベルなど）

□C　:到達目標を達成した

□D　:僅かに到達目標を達成できず

□E　:大幅に到達目標を達成できず

* 相対的評価（他学生との比較順位）ではなく、到達目標達成の可否を中心とした絶対的評価としてください。
* 知識とその応用力、臨床推論能力、技能、態度等を、直接観察、指導医コメント、症例レポート、諮問結果等に基づき評価ください。

考え方

プログラムの到達目標の達成を合格の判断基準とし、Dは「僅か」（補講などを必要としない程度）に到達目標を達成できなかった、 Eは「大幅」（補講などを必要とする程度）に到達目標を達成できなかった、と解釈することとします。よって総合評価がE判定の場合は、必要な補講などを学生に指示するとともに、下欄にご記載ください。

**Unprofessional behavior**

該当するものをチェックしてください。

医師になるものとしてふさわしくないと思われる振る舞いがありましたか？あった場合は、学生に指導し、巻末ログに記載してください。

　 □なかった

□あった （→ 学生に指導し、巻末ログに記載した）

**評価責任者コメント**

提 出 先：東京医科歯科大学医学部医学教務係　[gakumu1@ml.tmd.ac.jp](mailto:gakumu1@ml.tmd.ac.jp)

（〒113-8519東京都文京区湯島1-5-45 <Tel:03-5803-5120>）

提出方法：郵送またはメール添付にて送信

提出期限：評価日から１週間以内