

Mini-CEX : 診察能力評価

以下の項目に☑を記入してください。

専攻医氏名 : _____

病院名/科 : _____

臨床設定 : 一般外来 救急外来 病棟 その他 (_____)

疾患/症候 : _____

診療の焦点 : 診断 説明 その他 (_____)

症例の難易度 : 易 平均 難

以下の評価をお願いします。

A:非常に優れている B:優れている C:やや劣る D:劣る N:評価不能

	A	B	C	D	N
1 病歴聴取	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 診察	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 コミュニケーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 臨床判断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 プロフェッショナリズム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 効率 (まとめる力)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 総合判定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
良かった点					
改善すべき点					
レベルアップのための合意した行動					
評価者署名				日付	

評価者が経験した Mini-CEX の数 : 0 1-4 5-9 10 以上

DOPS : 臨床手技評価

以下の項目に☑を記入してください。

専攻医氏名：_____

病院名/科：_____

臨床設定：☐一般外来 ☐救急外来 ☐病棟 ☐その他（_____）

手技名：_____

専攻医が実施した同じ手技の回数：☐0 ☐1-4 ☐5-9 ☐10以上

症例の難易度：☐易 ☐平均 ☐難

以下の評価をお願いします。

A:非常に優れている B:優れている C:やや劣る D:劣る N:評価不能

	A	B	C	D	N
1 適応や解剖の理解と技術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 インフォームドコンセント	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 適切な準備, 前処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 適切な鎮静, 麻酔等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 無菌操作 (感染予防処置)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 チームワーク, 支援を求める	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 処置後のマネジメント	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 コミュニケーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 プロフェッショナリズム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 総合判定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
良かった点					
改善すべき点					
レベルアップのための合意した行動					
評価者署名				日付	

評価者が経験したDOPSの数：☐0 ☐1-4 ☐5-9 ☐10以上