

E P O C 評価入力表

研修期間 _____
 研修科目 _____
 研修先 _____
 指導医名 _____
 研修医名 _____
 記入日 _____

I. 行動目標項目 > 医療者として必要な基本姿勢・態度

評価（3段階評価）
 a = 十分できる。 b = できる。 c = 要努力 / ? = 評価不能

1. 患者－医師関係	研修医の 自己確認	指導医に よる確認
1) 患者、家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
2) 医師、患者・家族がともに納得できる医療を行うためのインフォームド・コンセントが実施できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
3) 守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

2. チーム医療	研修医の 自己確認	指導医に よる確認
1) 指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
2) 上級及び同僚医師や他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
3) 同僚及び後輩へ教育的配慮ができる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
4) 患者の転入・転出に当たり、情報を交換できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
5) 関係機関や諸団体の担当者とコミュニケーションがとれる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

3. 問題対応能力	研修医の 自己確認	指導医に よる確認
1) 臨床上の疑問点を解決するための情報を収集して評価し、当該患者への適応を判断できる(EBM＝Evidence Based Medicineの実践ができる)。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
2) 自己評価及び第三者による評価を踏まえた問題対応能力の改善ができる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
3) 臨床研究や治験の意義を理解し、研究や学会活動に関心を持つ。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
4) 自己管理能力を身に付け、生涯にわたり基本的臨床能力の向上に努める。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

4. 安全管理	研修医の 自己確認	指導医に よる確認
1) 医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
2) 医療事故防止及び事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
3) 院内感染対策(Standard Precautionsを含む)を理解し、実施できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

5. 症例呈示	研修医の 自己確認	指導医に よる確認
1) 症例呈示と討論ができる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
2) 臨床症例に関するカンファレンスや学術集会に参加する。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

6. 医療の社会性	研修医の 自己確認	指導医に よる確認
1) 保健医療法規・制度を理解し、適切に行動できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
2) 医療保険、公費負担医療を理解し、適切に診療できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
3) 医の倫理・生命倫理について理解し、適切に行動できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
4) 医薬品や医療用具による健康被害の発生防止について理解し、適切に行動できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

II. 経験目標項目

> A) 経験すべき診察法・検査・手技

評価（3段階評価）

a = 十分できる。 b = できる。 c = 要努力 / ? = 評価不能

1. 医療面接	研修医の 自己確認	指導医に よる確認
1) 医療面接におけるコミュニケーションの持つ意義を理解し、コミュニケーションスキルを身に付け、患者の解釈モデル、受診動機、受療行動を把握できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
2) 患者の病歴（主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活・職業歴、系統的レビュー）の聴取と記録ができる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
3) 患者・家族への適切な指示、指導ができる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

2. 基本的な身体診察法	研修医の 自己確認	指導医に よる確認
1) 全身の観察（バイタルサインと精神状態の把握、皮膚や表在リンパ節の診察を含む）ができ、記載できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
2) 頭頸部の診察（眼瞼・結膜、眼底、外耳道、鼻腔、口腔、咽頭の観察、甲状腺の触診を含む）ができ、記載できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
3) 胸部の診察（乳房の診察を含む）ができ、記載できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
4) 腹部の診察（直腸診を含む）ができ、記載できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

5) 泌尿・生殖器の診察（産婦人科的診察を含む）ができ、記載できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
6) 骨・関節・筋肉系の診察ができ、記載できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
7) 神経学的診察ができ、記載できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
8) 小児の診察（生理的所見と病的所見の鑑別を含む）ができ、記載できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
9) 精神面の診察ができ、記載できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

3. 基本的な臨床検査 ※ は必修項目	研修医の 自己確認	指導医に よる確認
病態と臨床経過を把握し、医療面接と身体診察から得られた情報をもとに必要な検査を A：自ら実施し、結果を解釈できる。 その他：検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる。		
1) 一般尿検査（尿沈渣顕微鏡検査を含む） ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
2) 便検査（潜血、虫卵） ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
3) 血算・白血球分画 ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
4) 血液型判定・交差適合試験(A) ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
5) 心電図（12誘導）(A) ※ 負荷心電図	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
6) 動脈血ガス分析(A) ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

7) 血液生化学的検査 ※ ・簡易検査（血糖、電解質、 尿素窒素 など）	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
8) 血液免疫血清学的検査 ※ （免疫細胞検査、アレルギー 検査を含む）	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
9) 細菌学的検査・薬剤感受 性検査 ※ ・検体の採取（痰、尿、血 液など） ・簡単な細菌学的検査（グ ラム染色など）	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
10) 肺機能検査 ※ ・スパイロメトリー	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
11) 髄液検査 ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
12) 細胞診・病理組織検査	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
13) 内視鏡検査 ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
14) 超音波検査(A) ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
15) 単純X線検査 ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
16) 造影X線検査	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
17) X線CT検査 ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
18) MRI検査	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

19) 核医学検査	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
20) 神経生理学的検査(脳波・筋電図など)	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

4. 基本的手技 ※ は必修項目	研修医の 自己確認	指導医に よる確認
1) 気道確保を実施できる。 ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
2) 人工呼吸を実施できる。 (バックマスクによる徒手換気を含む) ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
3) 心マッサージを実施できる。 ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
4) 圧迫止血法を実施できる。 ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
5) 包帯法を実施できる。 ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
6) 注射法(皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保)を実施できる。 ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
7) 採血法(静脈血、動脈血)を実施できる。 ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
8) 穿刺法(腰椎)を実施できる。 ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
9) 穿刺法(胸腔、腹腔)を実施できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
10) 導尿法を実施できる。 ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
11) ドレーン・チューブ類の管理ができる。 ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

12) 胃管の挿入と管理ができる。※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
13) 局所麻酔法を実施できる。※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
14) 創部消毒とガーゼ交換を実施できる。※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
15) 簡単な切開・排膿を実施できる。 ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
16) 皮膚縫合法を実施できる。 ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
17) 軽度の外傷・熱傷の処置を実施できる。 ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
18) 気管挿管を実施できる。 ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
19) 除細動を実施できる。 ※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

5. 基本的治療法	研修医の自己確認	指導医による確認
1) 療養指導（安静度、体位、食事、入浴、排泄、環境整備を含む）ができる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
2) 薬物の作用、副作用、相互作用について理解し、薬物治療（抗菌薬、副腎皮質ステロイド薬、解熱薬、麻薬、血液製剤を含む）ができる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
3) 基本的な輸液ができる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
4) 輸血（成分輸血を含む）による効果と副作用について理解し、輸血が実施できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

6. 医療記録 ※ は必修項目	研修医の 自己確認	指導医に よる確認
1) 診療録（退院時サマリーを含む）をPOS（Problem Oriented System）に従って記載し管理できる。※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
2) 処方箋、指示箋を作成し、管理できる。※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
3) 診断書、死亡診断書、死体検案書、その他の証明書を作成し、管理できる。※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
4) CPC(臨床病理検討会) レポート（剖検報告）を作成し、症例呈示できる。※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
	レポート提出 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	レポート提出 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
5) 紹介状と、紹介状への返信を作成でき、それを管理できる。※	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

7. 診療計画	研修医の 自己確認	指導医に よる確認
1) 診療計画（診断、治療、患者・家族への説明を含む）を作成できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
2) 診療ガイドラインやクリティカルパスを理解し活用できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
3) 入退院の適応を判断できる。（デイサージャリー症例を含む）	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
4) QOL (Quality of Life) を考慮にいたった総合的な管理計画（リハビリテーション、社会復帰、在宅医療、介護を含む）へ参画する。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

II. 経験目標項目

> B) 経験すべき症状・病態・疾患

> 1. 頻度の高い症状

1. 頻度の高い症状 ※ は必修項目	研修医の 自己確認	指導医に よる確認	レポート 提出
1) 全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
2) 不眠※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
3) 食欲不振	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
4) 体重減少、体重増加	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
5) 浮腫※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
6) リンパ節腫脹※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
7) 発疹※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
8) 黄疸	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
9) 発熱※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
10) 頭痛※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
11) めまい※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
12) 失神	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
13) けいれん発作	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
14) 視力障害、視野狭窄※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
15) 結膜の充血※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
16) 聴覚障害	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
17) 鼻出血	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
18) 嘔声	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
19) 胸痛※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
20) 動悸※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
21) 呼吸困難※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
22) 咳・痰※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
23) 嘔気・嘔吐※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
24) 胸やけ	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
25) 嚥下困難	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
26) 腹痛※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
27) 便通異常(下痢、便秘)※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
28) 腰痛※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
29) 関節痛	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要

30) 歩行障害	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
31) 四肢のしびれ※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
32) 血尿※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
33) 排尿障害(尿失禁・排尿困難)※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
34) 尿量異常	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
35) 不安・抑うつ	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要

> B) 経験すべき症状・病態・疾患

> 2. 緊急を要する症状・病態

2. 緊急を要する症状・病態 ※ は必修項目	初期治療に参加した (研修医の自己評価)	指導医による確認
1) 心肺停止※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
2) ショック※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
3) 意識障害※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
4) 脳血管障害※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
5) 急性呼吸不全	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
6) 急性心不全※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
7) 急性冠症候群※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
8) 急性腹症※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
9) 急性消化管出血※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
10) 急性腎不全	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
11) 流・早産および満期産	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
12) 急性感染症	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
13) 外傷※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
14) 急性中毒※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
15) 誤飲、誤嚥	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
16) 熱傷※	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
17) 精神科領域の救急	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未

II. 経験目標項目

> B) 経験すべき症状・病態・疾患

> 3. 経験が求められる疾患・病態

- 1 (A) 疾患については入院患者を受け持ち、診断、検査、治療方針について症例レポートを提出すること
- 2 (B) 疾患については、外来診療または受け持ち入院患者（合併症含む）で自ら経験すること
- 3 外科症例（手術を含む）を1例以上受け持ち、診断、検査、術後管理等について症例レポートを提出すること
- 4 全疾患（88項目）のうち70%以上を経験することが望ましい

(1) 血液・造血器・リンパ網内系疾患	研修医の自己確認	指導医による確認	レポート提出
① 貧血（鉄欠乏貧血、二次性貧血）(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
② 白血病	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
③ 悪性リンパ腫	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
④ 出血傾向・紫斑病 (播種性血管内凝固症候群: DIC)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要

(2) 神経系疾患	研修医の自己確認	指導医による確認	レポート提出
① 脳・脊髄血管障害（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）(A)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
② 認知症性疾患	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
③ 脳・脊髄外傷（頭部外傷、急性硬膜外・硬膜下血腫）	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
④ 変性疾患（パーキンソン病）	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
⑤ 脳炎・髄膜炎	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要

(3) 皮膚系疾患	研修医の 自己確認	指導医に よる確認	レポート 提出
① 湿疹・皮膚炎群（接触皮膚炎、 アトピー性皮膚炎）(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
② 蕁麻疹(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
③ 薬疹	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
④ 皮膚感染症(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要

(4) 運動器（筋骨格）系疾患	研修医の 自己確認	指導医に よる確認	レポート 提出
① 骨折(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
② 関節・靭帯の損傷及び障害(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
③ 骨粗鬆症(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
④ 脊柱障害 （腰椎椎間板ヘルニア）(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要

(5) 循環器系疾患	研修医の 自己確認	指導医に よる確認	レポート 提出
① 心不全(A)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
② 狭心症、心筋梗塞(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
③ 心筋症	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
④ 不整脈（主要な頻脈性、徐脈 性不整脈）(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
⑤ 弁膜症（僧帽弁膜症、大動脈 弁膜症）	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
⑥ 動脈疾患（動脈硬化症、大動 脈瘤）(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
⑦ 静脈・リンパ管疾患（深部静 脈血栓症、下肢静脈瘤、リンパ 浮腫）	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
⑧ 高血圧症 （本態性、二次性高血圧症）(A)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未

(6) 呼吸器系疾患	研修医の 自己確認	指導医に よる確認	レポート 提出
① 呼吸不全(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
② 呼吸器感染症（急性上気道炎、気管支炎、肺炎）(A)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
③ 閉塞性・拘束性肺疾患（気管支喘息、気管支拡張症）(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
④ 肺循環障害（肺塞栓・肺梗塞）	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
⑤ 異常呼吸（過換気症候群）	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
⑥ 胸膜・縦隔・横隔膜疾患（自然気胸、胸膜炎）	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
⑦ 肺癌	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要

(7) 消化器系疾患	研修医の 自己確認	指導医に よる確認	レポート 提出
① 食道・胃・十二指腸疾患（食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎）(A)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
② 小腸・大腸疾患（イレウス、急性虫垂炎、痔核・痔瘻）(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
③ 胆嚢・胆管疾患（胆石、胆嚢炎、胆管炎）	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
④ 肝疾患（ウイルス性肝炎、急性・慢性肝炎、肝硬変、肝癌、アルコール性肝障害、薬物性肝障害）(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
⑤ 膵臓疾患（急性・慢性膵炎）	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
⑥ 横隔膜・腹壁・腹膜（腹膜炎、急性腹症、ヘルニア）(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要

(8) 腎・尿路系（体液・電解質バランスを含む）疾患	研修医の 自己確認	指導医に よる確認	レポート 提出
① 腎不全（急性・慢性腎不全、透析）(A)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
② 原発性糸球体疾患（急性・慢性糸球体腎炎症候群、ネフローゼ症候群）	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
③ 全身性疾患による腎障害（糖尿病性腎症）	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
④ 泌尿器科的腎・尿路疾患（尿路結石、尿路感染症）(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要

(9) 妊娠分娩と生殖器疾患	研修医の 自己確認	指導医に よる確認	レポート 提出
① 妊娠分娩（正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、乳腺炎、産褥）(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
② 女性生殖器及びその関連疾患（月経異常（無月経を含む）、不正性器出血、更年期障害、外陰・膣・骨盤内感染症、骨盤内腫瘍、乳腺腫瘍）	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
③ 男性生殖器疾患（前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍）(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要

(10) 内分泌・栄養・代謝系疾患	研修医の 自己確認	指導医に よる確認	レポート 提出
① 視床下部・下垂体疾患（下垂体機能障害）	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
② 甲状腺疾患（甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症）	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
③ 副腎不全	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
④ 糖代謝異常（糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖）(A)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
⑤ 高脂血症(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
⑥ 蛋白および核酸代謝異常（高尿酸血症）	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要

(11) 眼・視覚系疾患	研修医の 自己確認	指導医に よる確認	レポート 提出
① 屈折異常（近視、遠視、乱視）(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
② 角結膜炎(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
③ 白内障(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
④ 緑内障(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
⑤ 糖尿病、高血圧・動脈硬化による眼底変化	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要

(12) 耳鼻・咽喉・口腔系疾患	研修医の 自己確認	指導医に よる確認	レポート 提出
① 中耳炎(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
② 急性・慢性副鼻腔炎	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
③ アレルギー性鼻炎(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
④ 扁桃の急性・慢性炎症性疾患	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
⑤ 外耳道・鼻腔・咽頭・喉頭・食道の代表的な異物	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要

(13) 精神・神経系疾患	研修医の 自己確認	指導医に よる確認	レポート 提出
① 症状精神病	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
② 認知症（血管性認知症を含む） (A)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
③ アルコール依存症	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
④ 気分障害（うつ病、躁うつ病 を含む）(A)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
⑤ 統合失調症（精神分裂病）(A)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
⑥ 不安障害（パニック症候群）	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
⑦ 身体表現性障害、ストレス関連障害(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要

(14) 感染症	研修医の 自己確認	指導医に よる確認	レポート 提出
① ウイルス感染症（インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎）(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
② 細菌感染症（ブドウ球菌、MRSA、A群レンサ球菌、クラミジア）(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
③ 結核(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
④ 真菌感染症（カンジダ症）	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
⑤ 性感染症	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
⑥ 寄生虫疾患	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要

(15) 免疫・アレルギー疾患	研修医の 自己確認	指導医に よる確認	レポート 提出
① 全身性エリテマトーデスとその合併症	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
② 慢性関節リウマチ(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
③ アレルギー疾患(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要

(16) 物理・化学的因子による疾患	研修医の自己確認	指導医による確認	レポート提出
① 中毒（アルコール、薬物）	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
② アナフィラキシー	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
③ 環境要因による疾患（熱中症、寒冷による障害）	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
④ 熱傷(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要

(17) 小児疾患	研修医の自己確認	指導医による確認	レポート提出
① 小児けいれん性疾患(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
② 小児ウイルス感染症（麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ）(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
③ 小児細菌感染症	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
④ 小児喘息(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
⑤ 先天性心疾患	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要

(18) 加齢と老化	研修医の自己確認	指導医による確認	レポート提出
① 高齢者の栄養摂取障害(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要
② 老年症候群（誤嚥、転倒、失禁、褥瘡）(B)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	不 要

II. 経験目標項目 > C) 特定の医療現場の経験

評価（3段階評価）
 a = 十分できる。 b = できる。 c = 要努力 / ? = 評価不能

1. 救急医療の場において	研修医の 自己確認	指導医に よる確認
1) バイタルサインの把握ができる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
2) 重症度および緊急度の把握ができる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
3) ショックの診断と治療ができる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
4) 二次救命処置（ACLS = Advanced Cardiovascular Life Support、呼吸・循環管理を含む）ができ、一次救命処置（BLS = Basic Life Support）を指導できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
5) 頻度の高い救急疾患の初期治療ができる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
6) 専門医への適切なコンサルテーションができる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
7) 大災害時の救急医療体制を理解し、自己の役割を把握できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

2. 予防医療の場において	研修医の 自己確認	指導医に よる確認
1) 食事・運動・休養・飲酒・禁煙指導とストレスマネジメントができる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
2) 性感染症予防、家族計画を指導できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
3) 地域・産業・学校保健事業に参画できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
4) 予防接種を実施できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

3. 地域医療の場において	研修医の 自己確認	指導医に よる確認
1) 患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療（在宅医療を含む）について理解し、実践する。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
2) 診療所の役割(病診連携への理解を含む)について理解し、実践する。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
3) へき地・離島医療について理解し、実践する。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

4. 周産・小児・成育医療の場において	研修医の 自己確認	指導医に よる確認
1) 周産期や小児の各発達段階に応じて適切な医療が提供できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
2) 周産期や小児の各発達段階に応じて心理社会的側面への配慮ができる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
3) 虐待について説明できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
4) 学校、家庭、職場環境に配慮し、地域との連携に参画できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
5) 母子健康手帳を理解し活用できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

5. 精神保健・医療の場において	研修医の 自己確認	指導医に よる確認
1) 精神症状の捉え方の基本を身につける。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
2) 精神疾患に対する初期的対応と治療の実際を学ぶ。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
3) デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を理解する。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

6. 緩和ケア・終末期医療の場において	研修医の 自己確認	指導医に よる確認
1) 心理社会的側面への配慮ができる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
2) 治療の初期段階から基本的な緩和ケア（WHO方式がん疼痛治療法を含む）ができる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
3) 告知をめぐる諸問題への配慮ができる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
4) 死生観・宗教観などへの配慮ができる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
5) 臨終に立ちあい、適切に対応できる。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

7. 地域保健の場において	研修医の 自己確認	指導医に よる確認
1) 保健所の役割（地域保健・健康増進への理解を含む）について理解し、実践する。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?
2) 社会福祉施設等の役割について理解し、実践する。	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ?

研修情報

研修医氏名	研修期間	医療機関等	研修ブロック	診療科等	参照期間

指導状況の評価

担当指導責任者：

評価対象は〔担当指導責任者〕に表示されている指導医個人ではなく、
指導医助手も含めた指導医群全体とします。

● A＝満足， B＝どちらかといえば満足， C＝どちらかといえば不満， D＝不満●

（評価は絶対評価とし、AやDをいくつかつけても構いませんが、Bを標準とします）

指導評価項目	
1) 医療面接・基本手技の指導	○A ○B ○C ○D ○評価不能 ○未入力
2) 考え方の指導	○A ○B ○C ○D ○評価不能 ○未入力
3) 研修意欲の高め方* (*やる気を出させた、自分の指導に責任を持ったなど)	○A ○B ○C ○D ○評価不能 ○未入力
4) 研修医の状況への配慮	○A ○B ○C ○D ○評価不能 ○未入力
5) 指導を受けた医療の水準* (*診断・治療の水準)	○A ○B ○C ○D ○評価不能 ○未入力
6) 安全管理の指導	○A ○B ○C ○D ○評価不能 ○未入力
7) 患者・家族に対する態度の指導	○A ○B ○C ○D ○評価不能 ○未入力
8) コメディカルに対する態度の指導	○A ○B ○C ○D ○評価不能 ○未入力
総合評価	○A ○B ○C ○D ○評価不能 ○未入力

⇒裏面へ続きます

その他、意見があれば下の欄に記述して下さい	
特に良いと思われる点 (全角 1000 文字以内)	
改善して欲しい点 (全角 1000 文字以内)	
追加指導評価項目	
追加1)	○A ○B ○C ○D ○評価不能 ○未入力

研修情報

研修医氏名	研修期間	医療機関等	研修ブロック	診療科等	参照期間

研修環境評価（診療科毎）

評価対象：診療科等

評価の時期：当該診療科でのローテート研修が修了する時

◆福利厚生		
評価項目	評価段階（3段階）	評価項目の解説
1) 休暇・休養	<input type="radio"/> 満足 <input type="radio"/> 許容範囲内 <input type="radio"/> 不満 <input type="radio"/> 評価不能	休養できる時間や日数、取得しやすさ、当直明けへの配慮などをもとに評価します
◆研修内容		
2) 経験症例数	<input type="radio"/> 適切 <input type="radio"/> 多すぎる <input type="radio"/> 少なすぎる <input type="radio"/> 評価不能	研修時期や期間から見て適切な経験症例数を考え、それと比較して自分が経験した症例の数を評価します
3) 経験症例の種類	<input type="radio"/> 適切 <input type="radio"/> 多すぎる <input type="radio"/> 少なすぎる <input type="radio"/> 評価不能	研修時期や期間から見て適切な経験症例の種類を考え、それと比較して自分が経験した症例の種類を評価します
4) 経験手技・検査の数	<input type="radio"/> 適切 <input type="radio"/> 多すぎる <input type="radio"/> 少なすぎる <input type="radio"/> 評価不能	研修時期や期間から見て適切な経験手技・検査数を考え、それと比較して自分が経験した手技・検査の数を評価します
5) 経験手技・検査の種類	<input type="radio"/> 適切 <input type="radio"/> 多すぎる <input type="radio"/> 少なすぎる <input type="radio"/> 評価不能	研修時期や期間から見て適切な経験手技・検査の種類を考え、それと比較して自分が経験した手技・検査の種類を評価します
6) 研修の時期	<input type="radio"/> 適切 <input type="radio"/> 早すぎる <input type="radio"/> 遅すぎる <input type="radio"/> 評価不能	2年間のどの時期にこの科を研修するのが適切かを考え、それと比較して自分の研修時期を評価します
7) 研修期間	<input type="radio"/> 適切 <input type="radio"/> 長すぎる <input type="radio"/> 短すぎる <input type="radio"/> 評価不能	2年間の中でどの程度の研修期間をこの科の研修にあてるのが適切かを考え、それと比較して自分の研修期間を評価します
8) 症例検討会、講習会などの教育システム	<input type="radio"/> 適切 <input type="radio"/> 多すぎる <input type="radio"/> 少なすぎる <input type="radio"/> 評価不能	研修目的を達成するために必要な症例検討会・講習会が開かれていたかどうかをもとに評価します

⇒裏面へ続きます

◆人的支援体制		
9) 研修医間の連携	<input type="radio"/> 満足 <input type="radio"/> 許容範囲内 <input type="radio"/> 不満 <input type="radio"/> 評価不能	研修医同士の面識の程度、情報交換や意見集約のしやすさなどをもとに評価します
10) 指導医間の連携	<input type="radio"/> 満足 <input type="radio"/> 許容範囲内 <input type="radio"/> 不満 <input type="radio"/> 評価不能	指導医間で診療方針が統一されているか、責任の所在が明確か、他科からの指導が容易に受けられるか、などをもとに評価します
11) コメディカルからの支援	<input type="radio"/> 満足 <input type="radio"/> 許容範囲内 <input type="radio"/> 不満 <input type="radio"/> 評価不能	コメディカルとの採血・注射・患者移送などの業務分担、コメディカルの指示受け体制などをもとに評価します