**熊本県地域臨床実習支援事業実習報告書**

令和　　年　　月　　日

熊本県地域医療支援機構理事長　様

申込者

住　所　〒　　　－

氏　名

大学名学部名・学年

連絡先　電 話 番 号

　　　　電 子メール

熊本県地域臨床実習支援事業の実習について、下記のとおり報告します。

**① 実習内容について**

|  |  |
| --- | --- |
| **協力医療機関名** |  |
| **実　習　期　間** | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（　　　日間） |
| **実習期日及び内容** | **１日目**　　　　年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分～　　時　　分診療見学・診療参加（内容）**２日目**　　　　年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分～　　時　　分診療見学・診療参加（内容）**３日目**　　　　年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分～　　時　　分診療見学・診療参加（内容） |

|  |  |
| --- | --- |
| **実習に対する意見** | **実習プログラムについて**　□ 期待以上 　□ 期待通り 　□ 期待以下（その理由）**実習指導医について**　□ 期待以上 　□ 期待通り 　□ 期待以下（その理由）**病院の受入対応について**　□ 期待以上 　□ 期待通り 　□ 期待以下（その理由）**その他（　　　　　　　　　　　）について**　□ 期待以上 　□ 期待通り 　□ 期待以下（その理由） |

**② 期間はどうでしたか**

　　□ 長い 　□ 短い 　□ 適当　　　（　　　日間が適当）

　　　　（その理由）

|  |
| --- |
|  |

**③ 時期はどうでしたか**

　　□ 問題なし 　□ 問題あり　　　（　　　月頃が適当）

（その理由）

|  |
| --- |
|  |

**④ 地域医療への従事について**

　ア）今後、熊本県での地域医療に従事したいと思いますか？

　　□ 強く思う 　□ 少しは思う 　□ あまり思わない

（その理由）

|  |
| --- |
|  |

　イ）実習先の医療機関での地域医療に従事したいと思いますか？

　　□ 強く思う 　□ 少しは思う 　□ あまり思わない

（その理由）

|  |
| --- |
|  |

**⑤ 費用負担について**

　ア）交通費の支給について

　　□ 在学地から病院までの支給がなければ参加しない。

　　□ 熊本市から病院までの支給があれば参加する。

　　□ 旅費の支給がなくても参加する。

　　　　（ 意 見 ）

|  |
| --- |
|  |

　イ）宿泊費もしくは宿泊施設の提供について

　　□ 宿泊施設もしくは宿泊費の提供がなければ参加しない。

　　□ 宿泊費の一部負担があれば参加する。

　　□ 宿泊施設若しくは宿泊費の提供がなくても参加する。

 （ 意 見 ）

|  |
| --- |
|  |

**⑥ この事業の実施について**

　　□ 今後も必要　　□ どちらともいえない　　□ 必要なし

（ その理由 ）

|  |
| --- |
|  |

⑦ この事業全般についてご意見をお願いします。

|  |
| --- |
| （改善点・工夫が必要な点なども自由に記入願います。） |

**⑧ あなたの将来の希望について伺います。（差し支えのない範囲でお答えください。）**

　ア）初期研修希望先はどこですか？

　　□ 熊本県内の研修病院　（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　□ 熊本県以外の研修病院（都道府県：　　　　　　　病院名：　　　　　　　　　　　）

　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　イ）将来どのような専門医を目指そうと思っていますか？（複数回答可）

　　□ 1位（　　　　　　　　　　　）

□ 2位（　　　　　　　　　　　）

□ 3位（　　　　　　　　　　　）

　　□ 4位（　　　　　　　　　　　）

□ 5位（　　　　　　　　　　　）

　ウ）将来、熊本に帰り医師業務に従事したいと思いますか？

　　□ 強く思う　　□ 少しは思う　　□ あまり思わない

（ その理由 ）

|  |
| --- |
|  |

**⑨ その他、ご意見等ありましたらご自由にお書きください。**

|  |
| --- |
|  |

　○ 記入要領

・該当する欄に○を記入し、必要事項を適宜記入願います。

・実習終了後２週間以内に提出願います。

・不明な点は、熊本県地域医療支援機構までお問い合わせください。

（℡096－373-5627、Email: chiiki-iryo@kumamoto-u.ac.jp ）