**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

住　　　　　所

実習申込者氏名

大学名学部名・学年　　　　　　大学　　　学部　　　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 | 　令和　　年　　月　　日～　令和　　年　　月　　日（　　　日間）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 実習期日及び実習内容 | 1日目令和　　年　　月　　日（　　曜）　　時　　分～　　時　　分　診療見学・診療参加（内容）　2日目令和　　年　　月　　日（　　曜）　　時　　分～　　時　　分　診療見学・診療参加（内容）　3日目令和　　年　　月　　日（　　曜）　　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）病院の受入れ対応について（　）　　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　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支給がなければ参加しない。

（　）熊本市から病院まで支給があれば参加する。

（　）旅費は支給されなくても参加する。

　意見

　イ宿泊費若しくは宿泊施設提供について

　（　）宿泊施設若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・工夫する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：　　　　　　病院　　　　　　　病院）

　　　　　（　）熊本県以外の研修病院（　　　　都道府県　　　　病院）

　　　　　　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（　）

⑨その他何でもいいので自由にご意見を下記に記入してください。

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（℡096－373-5627、Email: chiiki-iryo@kumamoto-u.ac.jp ）　　までお問い合わせください。