

ケースプレゼンテーション審査結果報告書 (様式 11)

| | | | | | |
|------|------------------|-----------|----------|-----|--|
| 発表学会 | 第 回学術大会 (大会長 先生) | 発表日 (審査日) | 西暦 年 月 日 | | |
| | 平成 年度 支部学術大会 | | | | |
| 演題名 | 審査員氏名 | | | 得点 | |
| 発表者名 | 印 | | | /50 | |
| 所属 | | | | | |

審査委員の方へ

審査は16項目で構成されています。各々について、満足 (十分できた:3点)、ほぼ満足 (十分ではないができた:2点)、やや不満足 (十分でなかった:1点)、不満足 (全然できなかった:0点) で評価をお願いします。なお、「7. その他」については、満足 (十分できた:5点)、ほぼ満足 (十分ではないができた:3点)、やや不満足 (十分でなかった:1点)、不満足 (全然でなかった:0点) で評価をお願いします。また、お気づきの点がありましたら、下欄にご記入下さい。

| | 満足 3 | ほぼ満足 2 | やや不満足 1 | 不満足 0 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 医療面接ならびに診察 | | | | |
| A. 医療面接ならびに病歴聴取を行い、その結果を説明できた。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. 当該疾患に対して必要な診察ならびに検査を実施した。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. 診察ならびに検査の結果を適切に説明できた。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 診断 | | | | |
| A. 病態を説明できた。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. 症例の問題点を説明できた。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. 正しい診断を下すことができた。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 治療計画ならびにインフォームド・コンセント | | | | |
| A. 診断に基づいて複数の治療法を選択し、それぞれについて説明できた。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. インフォームド・コンセントに基づいて治療方法を選択した。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. 適切な治療計画を立案した。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 治療術式・治療効果 | | | | |
| A. 治療術式が合理的であり、補綴歯科専門医として評価できるレベルであった。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. 治療効果が高く、補綴歯科専門医として評価できるレベルであった。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. 技工操作と材料に関して説明できた。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 術後管理 | | | | |
| A. 術後管理を行っていた。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 発表 | | | | |
| A. 発表症例について十分に理解していた。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. 質問に対し適切に回答できた。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| チェックされた項目数: | | | | |
| 小計: | | | | |
| | 満足 5 | ほぼ満足 3 | やや不満足 1 | 不満足 0 |
| 7. その他 | | | | |
| A. 本症例に関する学術的知識および技術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 小計: | | | | |

総得点:

判定

ケースプレゼンテーションの合格ラインは、不満足項目なく 30 点以上とするが、資格の認定は、専門医認定委員会で総合的に判定する。

ご意見 (審査委員は必ず総括して下さい。また、「不満足」項目があった場合は、必ず理由を記載して下さい)