**院内研修記録**

**（受講者用）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講者氏名 |  | 性　別 | 男　・　女 | | 年　齢 | 歳 |
| 職　　種  該当するものに○） | 医師　　看護師　　薬剤師　　理学療法士　　作業療法士  日本リウマチ財団既資格取得者はその登録番号を記入（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 施設名 |  | | 診療科・部署名 |  | | |
| 施設連絡先  （電話等） |  | 研修会等会場名 | |  | | |
| 開催日程 | 令和　　年　　月　　日　　時　　分 ～　 時　　分（　　時間　　分） | | | | | |
| 研修会等名称  （テーマ） |  | | | | | |
| 講師・指導者  職種、登録番号 | 氏名（　　　　　　　　　　　　　　）、所属部署（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  職位（　　　　　　　　　　　　　　）  リウマチ財団登録医（登録医番号　　　　　）・リウマチケア看護師（登録番号TK　　 　　　）  リウマチ財団登録薬剤師（登録番号TY　 　　　）・リウマチ財団登録理学・作業療法士（登録番号TR/TS　　　） | | | | | |
| 研修会等形式 | 講　義　　セミナー　　カンファランス　　技術指導　技能研修　　症例・事例検討会  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| カリキュラム  コード番号 | カリキュラムコードのうち最もあてはまる番号を記載（複数番号も可）  （　　　　　）、（　　　　　）、（　　　　　）、（　　　　　） | | | | | |
| 研修の内容と概要（症例・事例検討会の場合は検討症例・事例ごとに診断名、問題点、対応・対策等を記入） |  | | | | | |
| 研修の自己評価（□にチェックを） | 1. 研修環境　　　　 □満足　　　　　　□許容範囲内　　　　□不満 2. 研修内容　　　　 □満足　　　　　　□許容範囲内　　　　□不満 3. 目標達成　　　　 □達成　　　　　　□ほぼ達成　　　　　□要研修 4. 技術/技能習得　 □十分できる　　　 □できる　　　　　 □要努力 5. 今後の専門職に □十分資する 　　　 □資する　　　　　　□不足 | | | | | |
| 上記評価を踏まえたリウマチ薬剤学理論の変化、行動変容を記載 |  | | | | | |
| 備　　考 |  | | | | | |

|  |
| --- |
| 申請者氏名 |

※院内研修記録（講師・指導者用）とあわせて提出してください。