

## 在宅医療同行訪問研修 受講報告書（受講者用）

令和 年 月 日

報告者（受講者） 医療機関名 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_

研 修 実 施 日 令和 年 月 日 時 ～ 時

支 援 医 医療機関名 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_

## 1. 研修の評価・参加報告

研修の評価	参加報告 (指導内容、得られた知見、感想など)
① オリエンテーション <input type="checkbox"/> 良かった <input type="checkbox"/> あまり良くなかった <input type="checkbox"/> やや良かった <input type="checkbox"/> 良くなかった <input type="checkbox"/> ふつう	
② 同行訪問（      件） <input type="checkbox"/> 良かった <input type="checkbox"/> あまり良くなかった <input type="checkbox"/> やや良かった <input type="checkbox"/> 良くなかった <input type="checkbox"/> ふつう	
③ 振り返り・質疑応答 <input type="checkbox"/> 良かった <input type="checkbox"/> あまり良くなかった <input type="checkbox"/> やや良かった <input type="checkbox"/> 良くなかった <input type="checkbox"/> ふつう	

## 2. 今後に向けて

(在宅医療に関する今後の取組予定、研修を受けて検討を始めることなど)

【提出先】とまこまい医療介護連携センター

TEL 0144-37-0177      FAX 0144-37-0178