

Q レポートの承認はどういった先生に依頼したら良いのでしょうか？

A その症例の指導に当たった指導医(臨床経験年数7年目以上)の承認を得るのが基本です。症例と指導医の専門領域が極端に異なると判断される場合はチューターのチェックで変更、再承認を求められるケースがあります。

Q 自分で退院時サマリーを書いていない患者さん(受持ち期間外に退院)の症例でレポートを作成しても良いのでしょうか？

A 退院時サマリーを書いたことが必須の要件ではありません。指導医やチューターと相談のうえ、実際に担当もしくは診療した患者についてレポートを作成してください。

Q 1人の患者さんで何症例までレポート作成して良いのでしょうか？

A 何例までという制限はありません。ただし、病態、症状に応じて経過や考察を記載する必要があります。課題の病態や症状がプロブレムリストに挙がっていなかったり、経過に触れていないのに考察だけ書き換えられているケースが散見されますが、修正の対象となります。より適切な症例での作成を心がけて下さい。

Q 考察はどのくらい書いたら良いのでしょうか？

A 最低200字程度は記載して欲しいところですが、あまり多く書く必要はありません。また、その症状、病態・疾患についての総説(レビュー)だけが書かれていることが多いので、担当症例について、症状や検査所見をどのように考えたか、どのように診断(鑑別も含めて)したか、どのように治療方針を決めたかなどが記述されると良いと思います。

Q 経験していない症例のレポートはどうしたら良いですか？

A まずは指導医・臨床研修センターのチューターに相談してください。

Q チューターのダブルチェックではどういった点をチェックしますか？

A 研修レポートは、患者さんの個人情報二次利用ですので、個人情報保護には最大限の配慮が必要です。従って、個人名、住居、仕事等に関する固有名詞が記載されている場合は必ず修正が求められますので注意してください。また、薬剤名は一般名(例:「ロキソプロフェンNa」)ないし一般名と商品名の併記(例:「ロキソプロフェンNa(ロキソニン)」)を求めています。退院時処方リストは商品名だけでも構いません。

全体としては課題の病態や症状についての経過、指導を受けての治療、考察が適切に記載されているかを確認し、不十分な場合は修正、不適切と思われる場合は他の症例への変更を求められます。