

【臨床研修病院 評価受審のご担当者様】

以下「臨床研修病院名」と「ご提出締切日」をご記入のうえ、本紙を貴院の全研修医にお配りいただけますようお願いいたします。
 ※ご提出締切日は、貴院の書面調査票ご提出日となります。

臨床研修病院名: _____

ご提出締切日: _____年 月 日 までにご回答のうえFAX送信ください。

■FAX送信票 (fax.03-5212-2445 NPO法人卒後臨床研修評価機構 行)

研修医の満足度等アンケート

【対象者】: 当JCEPの臨床研修評価を受審する病院の全研修医を対象としています。

【目的】: ご所属病院を評価するための参考とさせていただきます。

また、集計結果は当評価体系の改善のために活用させていただきます。

【ご提出方法】: 研修医の皆様には、本紙ご記入後、自らJCEP事務局までご送付をお願いします。

★ご記入の内容をご所属先に報告することはありません。

★個人を識別できる情報は分析もしません。

卒業年度 (西暦) [] 研修期間 (西暦) [] 年度から [] 年度まで

お名前 []

1. 医師臨床研修制度についてご回答ください。

(1) 必修科目の減少について賛成ですか? ※参照
 <改正前> 基本研修科目3 必修科目4
 <改正後> 必修科目3 選択必修科目2
 3. 賛成である
 2. どちらでもない
 1. 反対である

(2) 選択必修科目について賛成ですか? ※参照
 <改正前> すべて必修
 <改正後> 「外、麻、小、産、精」から2つ選択
 3. 賛成である
 2. どちらでもない
 1. 反対である

(3) 指定基準に年間入院患者「3,000人以上」であることが求められていますが、賛成ですか?
 3. 賛成である
 2. どちらでもない
 1. 反対である

(4) 募集定員の上限設定を設けることに賛成ですか?
 3. 賛成である
 2. どちらでもない
 1. 反対である

2. 研修プログラムについての満足度についてご回答ください。

(5) 経験できる症例の種類には満足していますか?
 3. 満足している
 2. どちらでもない
 1. 満足していない

(6) 経験できる症例の数には満足していますか?
 3. 満足している
 2. どちらでもない
 1. 満足していない

(7) 技術や知識の修得状況には満足していますか?
 3. 満足している
 2. どちらでもない
 1. 満足していない

3. GOLについての満足度についてご回答ください。

(8) 食事ができる環境について満足していますか?
 3. 満足している
 2. どちらでもない
 1. 満足していない

(9) 休暇や休息時間の取得状況に満足していますか?
 3. 満足している
 2. どちらでもない
 1. 満足していない

4. 以下についてご回答ください。

(10) 貴院での臨床研修を後輩にすすめますか?
 3. すすめる
 2. どちらでもない
 1. すすめない

※ ⇒

