

平成29年度 臨床実地試験 評価シート

歯周治療

実施年月日：平成 年 月 日

班 学籍番号

氏名

患者ID

過去に同一患者さんに行った試験回数

初めて 2回目

☐ ☐

1 患者に対する配慮

適切 ☐ 後日再確認 ☐

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	挨拶・コミュニケーション	☐	☐	☐
②	導入環境の整備	☐	☐	☐
③	痛みや不快感に対する気遣い	☐	☐	☐

2 器材準備

適切 ☐ 後日再確認 ☐

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	必要な材料の用意	☐	☐	☐
②	必要な器具の用意	☐	☐	☐
③	材料・器具のセッティング	☐	☐	☐

3 指導教員への報告・確認

適切 ☐ 後日再確認 ☐

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	治療開始時の報告	☐	☐	☐
②	治療途中の確認依頼	☐	☐	☐
③	治療終了時の報告	☐	☐	☐

4 器材の取扱と処置の実践

適切 ☐ 後日再確認 ☐

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	材料を正しく使用している	☐	☐	☐
②	器具を正しく使用している	☐	☐	☐
③	必要な処置を行っている	☐	☐	☐

平成29年度 臨床実地試験 評価シート

□ 5 自験症例に対する理解・自己評価:

適切 □ 後日再確認 □

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	当該処置の必要性に対する理解	□	□	□
②	できた点・できなかった点の把握	□	□	□
③	診療録記載	□	□	□

□ 6 医療安全に対する配慮:

適切 □ 後日再確認 □

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	衛生的手洗い	□	□	□
②	スタンダードプリコーション	□	□	□
③	医療廃棄物（血液付着、鋭利物含）の処理	□	□	□

評価者：_____印

フィードバックコメント 平成_____年_____月_____日

平成29年度 臨床実地試験 評価シート

CR修復

実施年月日：平成 年 月 日

班 学籍番号

氏名

患者ID

過去に同一患者さんに行った試験回数

初めて 2回目

☐ ☐

1 患者に対する配慮

適切 ☐ 後日再確認 ☐

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	挨拶・コミュニケーション	☐	☐	☐
②	導入環境の整備	☐	☐	☐
③	痛みや不快感に対する気遣い	☐	☐	☐

2 器材準備

適切 ☐ 後日再確認 ☐

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	必要な材料の用意	☐	☐	☐
②	必要な器具の用意	☐	☐	☐
③	材料・器具のセッティング	☐	☐	☐

3 指導教員への報告・確認

適切 ☐ 後日再確認 ☐

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	治療開始時の報告	☐	☐	☐
②	治療途中の確認依頼	☐	☐	☐
③	治療終了時の報告	☐	☐	☐

4 器材の取扱と処置の実践

適切 ☐ 後日再確認 ☐

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	材料を正しく使用している	☐	☐	☐
②	器具を正しく使用している	☐	☐	☐
③	必要な処置を行っている	☐	☐	☐

平成29年度 臨床実地試験 評価シート

□ 5 自験症例に対する理解・自己評価:

適切 □ 後日再確認 □

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	当該処置の必要性に対する理解	□	□	□
②	できた点・できなかった点の把握	□	□	□
③	診療録記載	□	□	□

□ 6 医療安全に対する配慮:

適切 □ 後日再確認 □

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	衛生的手洗い	□	□	□
②	スタンダードプリコーション	□	□	□
③	医療廃棄物（血液付着、鋭利物含）の処理	□	□	□

評価者：_____印

フィードバックコメント 平成_____年_____月_____日

平成29年度 臨床実地試験 評価シート

義歯調整

実施年月日：平成 年 月 日

班 学籍番号

氏名

患者ID

過去に同一患者さんに行った試験回数

初めて 2回目

☐ ☐

☐ 1 患者に対する配慮

適切 ☐ 後日再確認 ☐

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	挨拶・コミュニケーション	☐	☐	☐
②	導入環境の整備	☐	☐	☐
③	痛みや不快感に対する気遣い	☐	☐	☐

☐ 2 器材準備

適切 ☐ 後日再確認 ☐

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	必要な材料の用意	☐	☐	☐
②	必要な器具の用意	☐	☐	☐
③	材料・器具のセッティング	☐	☐	☐

☐ 3 指導教員への報告・確認

適切 ☐ 後日再確認 ☐

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	治療開始時の報告	☐	☐	☐
②	治療途中の確認依頼	☐	☐	☐
③	治療終了時の報告	☐	☐	☐

☐ 4 器材の取扱と処置の実践:

適切 ☐ 後日再確認 ☐

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	材料を正しく使用している	☐	☐	☐
②	器具を正しく使用している	☐	☐	☐
③	必要な処置を行っている	☐	☐	☐

平成29年度 臨床実地試験 評価シート

□ 5 自験症例に対する理解・自己評価:

適切 □ 後日再確認 □

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	当該処置の必要性に対する理解	□	□	□
②	できた点・できなかった点の把握	□	□	□
③	診療録記載	□	□	□

□ 6 医療安全に対する配慮:

適切 □ 後日再確認 □

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	衛生的手洗い	□	□	□
②	スタンダードプリコーション	□	□	□
③	医療廃棄物（血液付着、鋭利物含）の処理	□	□	□

評価者：_____印

フィードバックコメント 平成_____年_____月_____日

平成29年度 臨床実地試験 評価シート

暫間被覆冠の作製

実施年月日：平成 年 月 日

班 学籍番号

氏名

患者ID

過去に同一患者さんに行った試験回数

初めて 2回目

☐ ☐

1 患者に対する配慮

適切 ☐ 後日再確認 ☐

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	挨拶・コミュニケーション	☐	☐	☐
②	導入環境の整備	☐	☐	☐
③	痛みや不快感に対する気遣い	☐	☐	☐

2 器材準備

適切 ☐ 後日再確認 ☐

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	必要な材料の用意	☐	☐	☐
②	必要な器具の用意	☐	☐	☐
③	材料・器具のセッティング	☐	☐	☐

3 指導教員への報告・確認

適切 ☐ 後日再確認 ☐

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	治療開始時の報告	☐	☐	☐
②	治療途中の確認依頼	☐	☐	☐
③	治療終了時の報告	☐	☐	☐

4 器材の取扱と処置の実践

適切 ☐ 後日再確認 ☐

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	材料を正しく使用している	☐	☐	☐
②	器具を正しく使用している	☐	☐	☐
③	必要な処置を行っている	☐	☐	☐

平成29年度 臨床実地試験 評価シート

□ 5 自験症例に対する理解・自己評価:

適切 □ 後日再確認 □

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	当該処置の必要性に対する理解	□	□	□
②	できた点・できなかった点の把握	□	□	□
③	診療録記載	□	□	□

□ 6 医療安全に対する配慮:

適切 □ 後日再確認 □

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	衛生的手洗い	□	□	□
②	スタンダードプリコーション	□	□	□
③	医療廃棄物（血液付着、鋭利物含）の処理	□	□	□

評価者：_____印

フィードバックコメント 平成_____年_____月_____日

平成29年度 臨床実地試験 評価シート

抜歯処置

実施年月日：平成 年 月 日

班 学籍番号

氏名

患者ID

過去に同一患者さんに行った試験回数

初めて 2回目

☐ ☐

1 患者に対する配慮

適切 ☐ 後日再確認 ☐

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	挨拶・コミュニケーション	☐	☐	☐
②	導入環境の整備	☐	☐	☐
③	痛みや不快感に対する気遣い	☐	☐	☐

2 器材準備

適切 ☐ 後日再確認 ☐

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	必要な材料の用意	☐	☐	☐
②	必要な器具の用意	☐	☐	☐
③	材料・器具のセッティング	☐	☐	☐

3 指導教員への報告・確認

適切 ☐ 後日再確認 ☐

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	治療開始時の報告	☐	☐	☐
②	治療途中の確認依頼	☐	☐	☐
③	治療終了時の報告	☐	☐	☐

4 器材の取扱と処置の実践

適切 ☐ 後日再確認 ☐

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	材料を正しく使用している	☐	☐	☐
②	器具を正しく使用している	☐	☐	☐
③	必要な処置を行っている	☐	☐	☐

平成29年度 臨床実地試験 評価シート

□ 5 自験症例に対する理解・自己評価:

適切 □ 後日再確認 □

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	当該処置の必要性に対する理解	☐	☐	☐
②	できた点・できなかった点の把握	☐	☐	☐
③	診療録記載	☐	☐	☐

□ 6 医療安全に対する配慮:

適切 □ 後日再確認 □

評価項目		十分	許容範囲内	要再確認
①	衛生的手洗い	☐	☐	☐
②	スタンダードプリコーション	☐	☐	☐
③	医療廃棄物（血液付着、鋭利物含）の処理	☐	☐	☐

評価者：_____印

フィードバックコメント 平成_____年_____月_____日