

<ポートフォリオ.2>

北海道医療大学
※自験実施日の翌日、17時30分までに担当医の所属講座へ提出

班 番号

氏名

担当医 : 歯科クリニック・大学病院

矯正歯科 () 科 ()

ID :	実地日 : 年 月 日 () : ~ :
次回予定 : 次回に予定される治療内容を詳細に記入すること	
考 察 : 自験後に感じた疑問点を挙げ、自分なりの考えを自分の言葉や図で記載 (教科書等の単純な写しは不可)	
評価欄 : F領域の項目は学生が記入し、評価は口頭試問合格後に指導医が記入すること	
(- : A・B・C・D) (- : A・B・C・D) (- : A・B・C・D) (- : A・B・C・D) (- : A・B・C・D) (- : A・B・C・D) (- : A・B・C・D) (- : A・B・C・D) (- : A・B・C・D) (- : A・B・C・D) (- : A・B・C・D) (- : A・B・C・D) 口頭試問合格時に検印 返却日 検 印	