

シミュレーション・ラボ利用記録

利用後は必ず利用記録を記載してください。

記録を残さなかった場合や記録が不正確な場合は、後日状況をお問い合わせいたします。

利用日時*	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
利用代表者名*	所属 氏名 連絡先 ()
利用者属性 利用人数*	医学部生 () 人 教員 () 人 研修医 () 人 後期研修医 () 人 医師 () 人 看護師 () 人 助産師 () 人 薬剤師 () 人 検査技師 () 人 その他 () () 人 その他 () () 人 ----- 合計 () 人
利用目的*	<input type="checkbox"/> 自分のスキルトレーニングのため <input type="checkbox"/> 学生の教育や講義のため <input type="checkbox"/> 研修医・医師・看護師等の研修のため <input type="checkbox"/> その他 ()
使用した部屋*	<input type="checkbox"/> スキルトレーニング室 <input type="checkbox"/> 診察シミュレーション室 () <input type="checkbox"/> 病室シミュレーション室 (1 ・ 2 ・ 3) <input type="checkbox"/> シミュレーション室 (1 ・ 2 ・ 3) <input type="checkbox"/> ディブリーフィング・カフアルム室 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4) <input type="checkbox"/> レクチャー室 (1 ・ 2) <input type="checkbox"/> ロッカー室
使用した シミュレータ・消耗品	
部屋・機器の状況	<p>代表者は機器の操作方法/禁止事項を理解していますか？ <input type="checkbox"/> レクチャーを受けた <input type="checkbox"/> マニュアルで学んだ <input type="checkbox"/> 以前から使用して習熟している <input type="checkbox"/> 特に学んだことはない</p> <p>利用開始時に部屋/機器は正常に作動しましたか？ <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり 異常ありの方は、具体的に記載して下さい。 []</p> <p>利用中/終了時まで機器は正常に作動しましたか？ <input type="checkbox"/> 異常はない <input type="checkbox"/> 異常あり 異常ありの方は、具体的に記載して下さい。 []</p> <p>終了時に機器を適切に終了させ、機器/部屋を現状復帰させましたか？ <input type="checkbox"/> させた <input type="checkbox"/> 一部復帰できなかった <input type="checkbox"/> 全く復帰できなかった 復帰できなかった方は、その理由を記載して下さい。 []</p>

*必須項目 必ずご記入ください。

その他、ご意見、不都合な点などありましたら、ご自由にお書きください。

[]

ご利用・ご協力ありがとうございました。