

2020 年度 M4 治療系実習評価票 (手術室実習)

実習施設： 昭和大学病院・藤が丘病院・北部病院 **月日：** 2020 年 月 日(水)

グループ： **出席番号：** **氏名：**

(1) 手洗い	2	1	0
1. 爪を短く切っているか		☐	☐
2. 時計、指輪ははずしているか		☐	☐
3. 素洗いは適切か		☐	☐
4. ブラッシングは適切か		☐	☐
5. タオルによる拭き取り方は適切であったか		☐	☐
6. アルコールの擦り込みは適切であったか		☐	☐
(2) ガウンテクニック			
7. ガウンを正しく受け取っているか		☐	☐
8. 介助者へのひもの渡し方は適切か		☐	☐
9. 手袋の着用は適切か		☐	☐
10. 手袋を着用するまで手指を余計な物に接触していないか		☐	☐

診療科名：

評価者名：

総得点： **／10点**

実習日から **1週間以内** に学務課、または藤が丘病院、北部病院は管理課まで提出してください。