

2020 年度 M4 治療系実習評価票 (縫合実習)

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

グループ： 出席番号： 氏名：

縫合

【患者への配慮】	2	1	0
1. 治療内容を説明したか		☐	☐
2. 縫合のために消毒をする旨をつげ、了承をえたか		☐	☐
3. 患者の不安、痛みに配慮した声かけをしたか	☐	☐	☐
【テクニック】			
4. 縫合器具の準備は適切であったか		☐	☐
5. 術野を正しく消毒したか		☐	☐
6. 手袋の装着は適切であったか		☐	☐
7. 適切に布片を用いて清潔区域を作成したか		☐	☐
8. 局所麻酔法の特徴の説明は適切であったか		☐	☐
9. 局所麻酔の効果を判定したか		☐	☐
10. 持針器につけた針に正しく糸を装着したか	☐	☐	☐
11. 持針器と鑷子の使用法は適切であったか		☐	☐
12. 正しい手順で縫合・結紮ができたか	☐	☐	☐
13. 使用した器材を適格に廃棄できたか		☐	☐

診療科名：

評価者名：

総得点： / 16 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。