

病歷(Admission note)寫作評核

教師：_____ 學員：_____ INTERN PGY 其他_____

臨床科別：_____ 病歷書寫日期：____年____月____日

病歷號：_____ 診斷：_____

請依照下列項目評估學員表現		分數
1.	chief complaints (C.C.)	
	“Source of history” + reliability 簡短敘述就醫的原因(symptom, problem, condition, diagnosis, etc.)+duration	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
2.	Present illness	
	圍繞 C.C.的病史(包含 OPQRST: <u>O</u> nset of the event; <u>P</u> rovocation or palliation; <u>Q</u> uality of the “pain”; <u>R</u> egion and radiation; <u>S</u> everity; <u>T</u> ime.), 含 major “negative” for DDx	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
3.	Personal, past and travel history	
	Smoking/alcohol/substance abuse/sexual activity Past medical/surgical history/current medications <u>T</u> ravel <u>O</u> ccupation <u>C</u> ontact <u>C</u> luster	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
4.	Allergy	
	Drug/food allergies; NKA to drug or food	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
5.	Family history	
	Major diseases/family pedigree	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
6.	Social and psychosocial	
	是否有明顯錯誤？前後矛盾現象？	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
7.	Review of systems	
	(+) 加上 description	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
8.	Physical examination	
	Focus on C.C. related, past history related..	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
9.	Laboratory and diagnostic studies	
	With/without data/results interpretation/影像檢查繪圖	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
10.	Assessment and plan	
	Assessment include problem/impression/diagnosis and DDx Plans include at least Diagnostic/Therapeutic/Educational	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
評語	表現良好的項目	建議加強的項目

註：請教師評核及簽章，敬請親自送回教學部，以利費用核發，感恩。

教師簽章：_____



病歷寫作課程滿意度調查表

請您留下寶貴意見，以供我們日後參考與改進，謝謝。

課程回饋日期：_____ 課程主題：一對一病歷寫作教學

學員身分：實習醫學生(醫七) PGY 醫師 住院醫師 其他_____

學員科別：_____科

1. 整體課程安排的滿意度

A. 很滿意 B. 滿意 C. 尚可 D. 不滿意 E. 很不滿意_____

2. 課程實用程度的滿意度

A. 很滿意 B. 滿意 C. 尚可 D. 不滿意 E. 很不滿意_____

3. 課程時數安排的滿意度

A. 很滿意 B. 滿意 C. 尚可 D. 不滿意 E. 很不滿意_____

4. 授課講師授課方式的滿意度

A. 很滿意 B. 滿意 C. 尚可 D. 不滿意 E. 很不滿意_____

5. 授課講師專業學識與本課程搭配的滿意度

A. 很滿意 B. 滿意 C. 尚可 D. 不滿意 E. 很不滿意_____

6. 課程結束後是否有所收穫

A. 很滿意 B. 滿意 C. 尚可 D. 不滿意 E. 很不滿意_____

7. 本課程對未來工作發展的協助

A. 很滿意 B. 滿意 C. 尚可 D. 不滿意 E. 很不滿意_____

8. 希望課程安排時段 (請您填寫時段:如中午 12:30-13:30 分)

9. 希望加入課堂/課程 (請您填寫課程名稱)

10. 請提供您對課堂授課之建議與改進?

~感恩您的填寫~

病歷(Admission note)寫作評核

教師：_____ 學員：_____ INTERN PGY 其他_____

臨床科別：_____ 病歷書寫日期：_____年_____月_____日

病歷號：_____ 診斷：_____

請依照下列項目評估學員表現		分數
1.	chief complaints (C.C.)	
	“Source of history” + reliability 簡短敘述就醫的原因(symptom, problem, condition, diagnosis, etc.)+duration	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
2.	Present illness	
	圍繞 C.C.的病史(包含 OPQRST: <u>O</u> nset of the event; <u>P</u> rovocation or palliation; <u>Q</u> uality of the “pain”; <u>R</u> egion and radiation; <u>S</u> everity; <u>T</u> ime.), 含 major “negative” for DDx	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
3.	Personal, past and travel history	
	Smoking/alcohol/substance abuse/sexual activity Past medical/surgical history/current medications <u>T</u> ravel <u>O</u> ccupation <u>C</u> ontact <u>C</u> luster	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
4.	Allergy	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
	Drug/food allergies; NKA to drug or food	
5.	Family history	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
	Major diseases/family pedigree	
6.	Social and psychosocial	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
	是否有明顯錯誤？前後矛盾現象？	
7.	Review of systems	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
	(+) 加上 description	
8.	Physical examination	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
	Focus on C.C. related, past history related..	
9.	Laboratory and diagnostic studies	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
	With/without data/results interpretation/影像檢查繪圖	
10.	Assessment and plan	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
	Assessment include problem/impression/diagnosis and DDx Plans include at least Diagnostic/Therapeutic/Educational	
評 語	表現良好的項目	建議加強的項目

註：請教師評核及簽章，敬請親自送回教學部，以利費用核發，感恩。

教師簽章：_____



病歷寫作課程滿意度調查表

請您留下寶貴意見，以供我們日後參考與改進，謝謝。

課程回饋日期：_____ 課程主題：一對一病歷寫作教學

學員身分：實習醫學生(醫七) PGY 醫師 住院醫師 其他_____

學員科別：_____科

1. 整體課程安排的滿意度

A. 很滿意 B. 滿意 C. 尚可 D. 不滿意 E. 很不滿意_____

2. 課程實用程度的滿意度

A. 很滿意 B. 滿意 C. 尚可 D. 不滿意 E. 很不滿意_____

3. 課程時數安排的滿意度

A. 很滿意 B. 滿意 C. 尚可 D. 不滿意 E. 很不滿意_____

4. 授課講師授課方式的滿意度

A. 很滿意 B. 滿意 C. 尚可 D. 不滿意 E. 很不滿意_____

5. 授課講師專業學識與本課程搭配的滿意度

A. 很滿意 B. 滿意 C. 尚可 D. 不滿意 E. 很不滿意_____

6. 課程結束後是否有所收穫

A. 很滿意 B. 滿意 C. 尚可 D. 不滿意 E. 很不滿意_____

7. 本課程對未來工作發展的協助

A. 很滿意 B. 滿意 C. 尚可 D. 不滿意 E. 很不滿意_____

8. 希望課程安排時段 (請您填寫時段:如中午 12:30-13:30 分)

9. 希望加入課堂/課程 (請您填寫課程名稱)

10. 請提供您對課堂授課之建議與改進?

~感恩您的填寫~

病歷(Admission note)寫作評核

教師：_____ 學員：_____ INTERN PGY 其他_____

臨床科別：_____ 病歷書寫日期：_____年____月____日

病歷號：_____ 診斷：_____

請依照下列項目評估學員表現		分數
1.	chief complaints (C.C.)	
	“Source of history” + reliability 簡短敘述就醫的原因(symptom, problem, condition, diagnosis, etc.)+duration	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
2.	Present illness	
	圍繞 C.C.的病史(包含 OPQRST: <u>O</u> nset of the event; <u>P</u> rovocation or palliation; <u>Q</u> uality of the “pain”; <u>R</u> egion and radiation; <u>S</u> everity; <u>T</u> ime.), 含 major “negative” for DDx	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
3.	Personal, past and travel history	
	Smoking/alcohol/substance abuse/sexual activity Past medical/surgical history/current medications Travel <u>O</u> ccupation <u>C</u> ontact <u>C</u> luster	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
4.	Allergy	
	Drug/food allergies; NKA to drug or food	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
5.	Family history	
	Major diseases/family pedigree	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
6.	Social and psychosocial	
	是否有明顯錯誤？前後矛盾現象？	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
7.	Review of systems	
	(+) 加上 description	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
8.	Physical examination	
	Focus on C.C. related, past history related..	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
9.	Laboratory and diagnostic studies	
	With/without data/results interpretation/影像檢查繪圖	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
10.	Assessment and plan	
	Assessment include problem/impression/diagnosis and DDx Plans include at least Diagnostic/Therapeutic/Educational	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
評 語	表現良好的項目	建議加強的項目

註：請教師評核及簽章，敬請親自送回教學部，以利費用核發，感恩。

教師簽章：_____