# 内科外来研修プログラム

2026 年度版

## 【Ⅰ】 内科の診外来研修の概要

2004 年度から実施された臨床研修制度は、5 年ごとに見直しを行うことが医師法改正の附帯決議として定められており、2018 年度末に 3 回目の見直しの結果が発表されました（実施は 2020 年度から）。今回の見直しでは、以下の 3 点の大きな変更が行われました。

1） 必修科目の変更
これまで「選択必修科目」であった、外科、産婦人科、小児科、精神科の研修がすべて必修となりました。

2） 研修目標の変更
2004 年度からほとんど変更されていなかった「臨床研修の到達目標」が根本的に見直されました。

3） 全国共通評価票の使用
研修目標の A、B、C のそれぞれに対応する共通評価票の使用が義務化され、この評価票により修了認定を行うことになりました。共通評価票を若干カスタマイズして評価をつけやすいようにしたものを使用することとしました。

4） 外来研修の必修化
一般内科（または外科、小児科）領域の外来研修を最低 4 週間行うことが必修となりました。これは、まだ診断がついていない患者の初診外来と慢性疾患の継続診療および在宅診療を経験して、これらの場面での外来診療能力を修得することを目的としており、専門外来、初診振り分け外来、救急外来はこれに該当しないことが明記されています。
この制度変更に対応するために、2020 年度の研修からこの「内科外来研修プログラム」を新設し、必修研修としました。なお、慢性疾患の継続診療の経験は、2 年次の地域医療研修で達成できるため、このプログラムの研修内容には含まれていません。

高度先進医療機関である大学病院では通常、内科は臓器別に細分化され、診断が困難な患者さん、あるいは難治な疾患の治療にシフトし、また救急科は心肺停止や多発外傷などの 3 次救急に特化した診療を行っており、上記基本理念の 2 や 3 に適していない場合が少なくありません。

しかし杏林大学医学部付属病院は、東京都の新宿以西における唯一の大学病院本院として、1970 年の開学時から 1 次～3 次の区別なくあらゆる救急患者さんを受け入れ、各科が協力して診療に当たってきた歴史があります。さらに当院は、2006 年 5 月に救急初期診療チーム Advanced Triage Team（ATT）を発足させ、内科系救急患者への初期対応を一元化して行っています。ATT は 2012 年には診療科（ATT 科）となり、研修医、レジデント、および大学院生の指導体制が整備されています。2016 年度より救急総合診療科に改称しています。

通常の診療時間内に、専門外来への紹介でない形で受診した初診患者の診療を、必修の「内科外来研修」とします。この研修は、診断のついていない初診患者を診療し、必要があれば継続診療（再診）をして、可能な限り診療を完結するので、単なる振り分け外来ではありませんし、初期治療だけをおこなう救急診療でもありません。もちろん、必要があれば専門領域の診療科に依頼します。また、指導医は内科専門医の資格をもった医師が行います。この期間内に、1～2 日間在宅医療も経験します。在宅医療は 2 年次の地域医療研修でも経験できる可能性があります。

研修期間は、1 年目に 4 週間行いますが、選択研修として 1 年次、2 年次併せて 12 週間（4 週間単位）を追加することも可能です。

## 【Ⅱ】 研修期間

上記のように、1 年目に必修の 4 週間の研修を行います。選択研修で、4 週間、8 週間、12 週間の研修を追加することも可能です。

## 【Ⅲ】 研修目標

### A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）

**1. 社会的使命と 公衆衛生への寄与**

社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。

**2. 利他的な態度**

患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。

**3. 人間性の尊重**

患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。

**4. 自らを高める姿勢**

自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

**5. 社会人としての常識と研修態度**

社会人としての常識を身につけ、指導者の指示に従って積極的に研修を行うことにより、院内での自らの責任を果たす。

### B. 医師としての資質・能力

1～9 は、プログラム全体に共通する目標のうち、当科において研修可能なものを示す。また、10 には当科に特有の目標を示す。

**1. 医学・医療における倫理性**

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

① 人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。
② 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。
③ 倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。
④ 利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。
⑤ 診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。

**2. 医学知識と問題対応能力**

最新の医学及び医療に関する知識を獲得し、自らが直面する診療上の問題について、科学的根拠に経験を加味して解決を図る。

① 頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。
② 患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床決断を行う。
③ 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。

**3. 診療技能と患者ケア**

臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。

① 患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。
② 患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。
③ 診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。

上記の目標を達成するために、以下の臨床手技の修得*を必須とする（当科で研修が可能なもの）。

| |
|---|
| 医療面接（病歴聴取） |
| 基本的な身体診察（婦人科の内診、眼球に直接触れる診察を除く） |
| 導尿法 |
| 採血法（静脈血、動脈血） |
| 動脈血ガス分析（採血、計測） |
| 細菌培養の検体採取（耳漏、咽頭スワブ、体表の分泌液、血液、尿） |
| 穿刺法（腰椎、ただし薬剤の注入は除く） |
| 心電図（12 誘導） |
| 超音波検査（心臓、腹部） |
| 圧迫止血法 |
| 簡単な切開・排膿 |
| 軽度の外傷・熱傷の処置 |
| 注射法（皮内、皮下、筋肉、静脈確保） |

*「修得」とは、指導医や上級医の直接の指導・監督下ではなく、単独または看護師等の介助の下で実施できるようになることを意味する。ただし、小児や協力の得られない患者での単独実施まで求めるものではない。

**4. コミュニケーション能力**

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

① 適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。
② 患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。
③ 患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。

**5. チーム医療の実践**

医療従事者をはじめ、患者や家族に関わる全ての人々の役割を理解し、連携を図る。

① 医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。
② チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。

**6. 医療の質と安全の管理**

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

① 医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。
② 日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。
③ 医療事故等の予防と事後の対応を行う。
④ 医療従事者の健康管理（予防接種や針刺し事故への対応を含む）を理解し、自らの健康管理に努める。

**7. 社会における医療の実践**

医療の持つ社会的側面の重要性を踏まえ、各種医療制度・システムを理解し、地域社会と国際社会に貢献する。

① 保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。
② 医療費の患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する。
③ 地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案する。

④　予防医療・保健・健康増進に努める。
⑤　災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要に備える。

**8. 科学的探究**

医学及び医療における科学的アプローチを理解し、学術活動を通じて、医学及び医療の発展に寄与する。

①　医療上の疑問点を研究課題に変換する。
②　科学的研究方法を理解し、活用する。
③　臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。

**9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢**

医療の質の向上のために省察し、他の医師・医療者と共に研鑽しながら、後進の育成にも携わり、生涯にわたって自律的に学び続ける。

①　急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。
②　同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。
③　国内外の政策や医学及び医療の最新動向（薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む）を把握する。

**10. 当科に特有の目標**

適切なコンサルテーションが得られる環境において、内科一般外来の診療を単独で実施できる能力を修得する。

①　診断のついていない初診患者から適切に情報を収集し（医療面接、診察、簡単な臨床検査）、病態の把握、診療計画の策定が行える。
②　在宅医療に参加する経験を通じて在宅医療のあり方を理解する。

C. 基本的診療業務

コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、以下の各領域において、単独で診療ができる。当科で研修可能な項目のみ示す。

**1. 一般外来診療**

頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患については継続診療ができる。

## 【Ⅳ】 研修方略

### Ⅰ. 経験すべき症候および疾病・病態

研修目標を達成するために、以下の各項目を経験することを必須とする。

※経験すべき症候及び経験すべき疾病・病態の研修を行ったことの確認は、日常業務において作成する病歴要約に基づくこととし、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療、教育）、考察等を含むこと。

〈経験すべき症候〉

外来又は病棟において、下記の症候を呈する患者について、病歴、身体所見、簡単な検査所見に基づく臨床推論と、病態を考慮した初期対応を行う。

経験できる可能性：○はほぼ全員経験可能、△はチャンスがあれば経験可能

| 項目 | 研修期間 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 4 週 | 8 週 | 12 週 | 16 週 |
| ② 体重減少・るい痩 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ③ 発疹 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ④ 黄疸 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑤ 発熱 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑦ 頭痛 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑧ めまい | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑩ けいれん発作 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑫ 胸痛 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑭ 呼吸困難 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑮ 吐血・喀血 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑯ 下血・血便 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑰ 嘔気・嘔吐 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑱ 腹痛 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑲ 便通異常（下痢・便秘） | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ㉑ 腰・背部痛 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ㉒ 関節痛 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ㉓ 運動麻痺・筋力低下 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ㉔ 排尿障害（尿失禁・排尿困難） | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ㉖ 抑うつ | ○ | ○ | ○ | ○ |

〈経験すべき疾病・病態〉
外来又は病棟において、下記の疾病・病態を有する患者の診療にあたる。
経験できる可能性：○はほぼ全員経験可能、△はチャンスがあれば経験可能

| 項目 | 研修期間 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 4 週 | 8 週 | 12 週 | 16 週 |
| ① 脳血管障害 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ② 認知症 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ③ 急性冠症候群 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ④ 心不全 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑤ 大動脈瘤 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑥ 高血圧 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑦ 肺癌 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑧ 肺炎 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑨ 急性上気道炎 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑩ 気管支喘息 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑪ 慢性閉塞性肺疾患（COPD） | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑫ 急性胃腸炎 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑬ 胃癌 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑭ 消化性潰瘍 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑮ 肝炎・肝硬変 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑯ 胆石症 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑰ 大腸癌 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑱ 腎盂腎炎 | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ⑲ 尿路結石 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ⑳ 腎不全 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ㉒ 糖尿病 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ㉓ 脂質異常症 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ㉔ うつ病 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ㉕ 統合失調症 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ㉖ 依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博） | △ | △ | △ | △ |

**Ⅱ．当科の研修で経験できる項目**

研修目標 B-10「当科に特有の目標」の達成に関連し、当科の研修で経験できる項目を示す。

経験できる可能性：◎：多数経験可能かつ当科では積極的に指導している、○：経験できる可能性が＞90%かつ当科で指導している、△：経験できる可能性が 30%～90%かつ当科で指導している。経験できる可能性が 30%未満、または当科では指導していない項目は削除した。

| 項目 | 研修期間 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 4 週 | 8 週 | 12 週 | 16 週 |
| 《臨床検査》 | | | | |
| 一般尿検査（尿沈渣顕微鏡検査を含む） | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 便検査（潜血）（直腸診を含む） | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 血算・白血球分画 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 動脈血ガス分析 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 血液生化学的検査 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 細菌学的検査・薬剤感受性検査 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 髄液検査 | ○ | ○ | ◎ | ◎ |
| 超音波検査 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 単純 X 線検査 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| X 線 CT 検査 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 《基本的手技》 | | | | |
| 注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保） | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 採血法（静脈血、動脈血） | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 穿刺法（腰椎） | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 導尿法 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 《症状》 | | | | |
| 全身倦怠感 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 不眠 | △ | △ | ○ | ○ |
| 食欲不振 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 浮腫 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| リンパ節腫脹 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 動悸 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 咳・痰 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 胸やけ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 嚥下困難 | △ | △ | △ | △ |
| 腰痛 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 歩行障害 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 血尿 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 尿量異常 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 不安・抑うつ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 《疾病・病態》 | | | | |
| 出血傾向、紫斑病（播種性血管内凝固症候群） | ○ | ○ | ○ | ◎ |
| 脳炎・髄膜炎 | ○ | ○ | ○ | ◎ |
| 皮膚感染症（蜂巣炎など） | ○ | ○ | ○ | ◎ |
| 不整脈（主要な頻脈性、徐脈性不整脈） | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 動脈疾患（大動脈解離、大動脈瘤） | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 肺循環障害（肺塞栓・肺梗塞） | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 異常呼吸（過換気症候群） | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 胸膜、縦隔、横隔膜疾患（自然気胸、胸膜炎） | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 急性腹症（消化管穿孔など） | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 急性消化管出血 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 小腸・大腸疾患（イレウス、急性虫垂炎） | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 胆嚢・胆管疾患（胆石、胆嚢炎、胆管炎） | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 膵臓疾患（急性・慢性膵炎） | ○ | ○ | ◎ | ◎ |
| 全身性疾患による腎障害（糖尿病性腎症） | ○ | ○ | ◎ | ◎ |
| 蛋白及び核酸代謝異常（高尿酸血症） | ○ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 扁桃の急性・慢性炎症性疾患 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 食道の代表的な異物 | △ | △ | △ | △ |
| ウイルス感染症（インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎、腸炎） | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 真菌感染症（カンジダ症） | △ | △ | △ | △ |
| アナフィラキシー（蕁麻疹を含む） | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 急性中毒 | △ | △ | △ | △ |
| 環境要因による疾患（熱中症、低体温症） | ○ | ○ | ○ | ○ |

## Ⅲ. 指導スタッフ

| 氏名 | 職位 | 専門領域 |
|---|---|---|
| 松田　剛明 | 理事長・教授 | 救急医学、消化器免疫・侵襲学 |
| 長谷川　浩 | 教授 | 老年医学、認知症、老年循環器学、高齢者救急 |
| 一二三　亨 | 准教授 | 救急医学、集中治療医学、麻酔科学、外傷学 |
| 高田　浩明 | 助教 | 救急医学、集中治療医学、麻酔科学、総合内科学 |
| 須田　智也 | 助教 | 総合内科学、救急医学 |
| 畑　典孝 | 任期制助教 | 総合内科学、救急医学 |
| 平吹　一訓 | 任期制助教 | 総合内科学、救急医学 |
| 須釜　一博 | 任期制助教 | 総合内科学 |

他に内科、外科らの短期派遣医
救急総合診療科レジデント、各科からの短期派遣レジデント

## Ⅳ. 診療体制

「内科外来研修」は、原則として 8 時～20 時の勤務である。8 時から約 60 分間の振り返りカンファレンス（Short Conference）を行う。8 時～17 時までの勤務を内科外来研修として算定する。

4 週間の間に 6 回前後の夜勤（20 時～翌日 8 時）および準夜勤（14 時 30 分～23 時 10 分）が組まれるが、前述時間以外の勤務は救急研修として算定する。

勤務帯毎に卒後 7 年目以上の指導医が 1 名以上勤務し(うち 1 名がリーダー)、卒後 3〜6 年目のレジデント以上が少なくとも 1 名以上勤務している。

## Ⅴ. 週間予定

| | | 8:00 | | 14:30 | 20:00 | 23:10<br>(準夜勤務終了) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 月 | 夜勤(続き) | SC | 日勤 | 準夜勤 | 夜勤 | |
| 火 | 夜勤(続き) | SC | 日勤 | 準夜勤 | 夜勤 | |
| 水 | 夜勤(続き) | SC<br>RC | 日勤 | 準夜勤 | 夜勤 | |
| 木 | 夜勤(続き) | SC | 日勤 | 準夜勤 | 夜勤 | |
| 金 | 夜勤(続き) | SC | 日勤 | 準夜勤 | 夜勤 | |
| 土 | 夜勤(続き) | SC | 日勤 | 準夜勤 | 夜勤 | |
| 日 | 夜勤(続き) | SC | 日勤 | 準夜勤 | 夜勤 | |

SC:振り返りカンファレンス　RC:放射線カンファレンス
他に月 1 回、臨床カンファレンス(EBM もしくは症例発表カンファレンス)

## Ⅵ. 研修の場所

現在、外来棟の内科フロアには適当なブースを確保できないため、診療は 1・2 次救急外来(高度救命救急センター1 階)で行う。

## Ⅶ. 研修医の業務・裁量の範囲

《日常の業務》

1. 受診患者に関し、1 次患者については管理補佐や看護師から情報を得る。
2. 医療面接と身体診察を行う。
3. プロブレムリストを作成し、鑑別すべき疾患のリストアップと検査計画を立案する。
4. 勤務帯リーダーないし上級医にプレゼンテーションを行い、検査計画を提案し、助言を受ける。
5. 採血、採尿、単純 X 線、ECG、血液ガス分析、超音波などの検査をオーダーないし実施する。
6. CT(造影を含む)や MRI 検査については、勤務帯リーダーの指示に従う。
7. 検査の結果を踏まえ、診断と今後の診療計画を立案する。
8. 勤務帯リーダーないし上級医にプレゼンテーションを行い、今後の診療計画を提案し、助言を受ける。
9. 治療を実施し、経過を注意深く観察する。
10. 入院の適応と考えられる患者など、専門診療科に診療を依頼する場合には、先方に対して電話でプレゼンテーションを行う。
11. 必要があれば再診を指示する。
12. 朝 8 時からの振り返りカンファレンスで担当症例を中心にプレゼンテーションし、ディスカッションに参加する。
13. 研修期間修了までに、指導医評価票を指導医から記入してもらうこと。内科外来研修の研修目標に到達していないと評価された場合、必修分野である外来研修を終えていないことになるため、再度のローテートが必要となる。

## Ⅷ. その他の教育活動

1. 月 1 回木曜日 9 時から臨床カンファレンスを HCU カンファレンス室で開催する。研修医は全

員参加すること。EBM もしくは症例発表カンファレンスが割り当てられるので、担当指導医と相談の上プレゼンテーションの準備を行うこと。また、週によっては自由参加のミニレクチャーや新規導入機器などの説明会が行われる場合がある。
2. 内科学会の内科救急講習会 JMECC が院内で開催される際には、積極的に参加すること。
3. CPC やリスクマネージメント講習会などの院内講習会には、原則として出席すること。On duty であっても、勤務帯リーダーができるだけ配慮する。
4. 示唆に富む症例などを担当した場合、地方会などで報告してもらうことがある。
5. 臨床カンファレンス終了後に、研修医評価を行う。研修記録と、記載した評価票を予め準備すること。

## 【Ⅴ】研修評価

研修目標の項目について、研修医自身による自己評価、および指導医による評価を行う。なお、看護師、放射線技師、薬剤師、検査技師などのコメディカル・スタッフ、事務職員、ならびに患者に評価（観察）してもらった結果を評価に採り入れることがある。評価方法は「観察記録」と「プレゼンテーション評価」により行う。評価者は救急総合診療科のスタッフが分担し、評価票に沿って行う。評価結果は卒後教育委員会に提出する。

【推奨するテキスト・マニュアル】
・本当はやさしい臨床統計
・ジェネラリストのための内科診断リファレンス
・ジェネラリストのための内科外来マニュアル
・聞く技術-答えは患者の中にある-
・サンフォード感染症治療ガイド

## 【Ⅵ】その他

当科の研修プログラムに関する質問・要望がありましたら、下記の臨床研修係に御連絡ください。

臨床研修係:　長谷川　浩
（連絡先） hasegawa@ks.kyorin-u.ac.jp