|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 教學日期： 年 月 日 | 時間：□上午 □下午 | 地點： |
| 指導教師員工代號： | 姓名： | 科別： |
| 病患資料(每次3~5人為限) | 學員簽到(每次1~5人為限) |
| 病歷號 | 姓名 | 初複診 | 員工代號 | 簽到 | 年級 |
|  |  | □ | 初 |  |  | □R □PGY □醫七□醫六□醫五 |
| □ | 複 |
|  |  | □ | 初 |  |  | □R □PGY □醫七□醫六□醫五 |
| □ | 複 |
|  |  | □ | 初 |  |  | □R □PGY □醫七□醫六□醫五 |
| □ | 複 |
|  |  | □ | 初 |  |  | □R □PGY □醫七□醫六□醫五 |
| □ | 複 |
|  |  | □ | 初 |  |  | □R □PGY □醫七□醫六□醫五 |
| □ | 複 |

|  |
| --- |
| 【滿意度調查】◎請每位學員為本次教學門診評分，最滿意5分，最不滿意1分，僅提供提升教學門診品質規劃參考，不會影響學員考核成績。 |
| 員工代號 | 姓名 | 教學門診滿意度分數 | 說明 |
|  |  | □ | 5 | □ | 4 | □ | 3 | □ | 2 | □ | 1 |  |
|  |  | □ | 5 | □ | 4 | □ | 3 | □ | 2 | □ | 1 |  |
|  |  | □ | 5 | □ | 4 | □ | 3 | □ | 2 | □ | 1 |  |
|  |  | □ | 5 | □ | 4 | □ | 3 | □ | 2 | □ | 1 |  |
|  |  | □ | 5 | □ | 4 | □ | 3 | □ | 2 | □ | 1 |  |

◎此表填寫完畢請繳回該部科行政辦公室，謝謝。