

# 中國醫藥大學 函

地址：40402 台中市學士路 91 號  
承辦人：吳佳玲  
聯絡電話：(04)22053366 轉 1550  
傳真電話：(04)22035557  
電子信箱：clwu@mail.cmu.edu.tw

413 台中縣大里市東榮路 483 號  
受文者：財團法人仁愛綜合醫院

發文日期：中華民國 98 年 3 月 26 日  
發文字號：榮廣字第 0980003067 號  
速別：速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：問卷調查表

E-learning系統  公佈  不公佈

教研部公告周知

呈

教研部主任：

教學副院長：

張之妍 研員

黃祥生 教研部主任

張之光 副院長

陳舒韻

主旨：本校於 94 年起推廣「mini-CEX 迷你臨床演練評量」，為求改進  
缺失，進而提昇臨床醫學教育效能，懇請 貴院教學負責人，撥  
冗填寫「mini-CEX 問卷調查表」，敬請 惠予協助辦理。

說明：

- 一、敬請於 98 年 4 月 7 日（星期二）前回覆。
- 二、請將填妥之問卷傳真至：(04)2206-0248。
- 三、若有任何問題請洽聯絡人：方嘉琦/廖世傑，聯絡電話：  
(04)2207-9892。

正本：財團法人仁愛綜合醫院  
副本：本校推廣教育中心

## 校長黃榮村

98. 3. 27  
收文 年 月 日  
字號 229-0980311 號

## 各大教學醫院使用 mini-CEX 問卷調查

為了解國內各教學醫院實施迷你臨床演練評量 (mini-CEX, Clinical Evaluation Exercise) 的狀況，敬請貴院負責教學部門主管，撥冗填寫下列有關 mini-CEX 的問卷。謝謝！

1、貴院去(97)年度是否使用 mini-CEX 作為臨床教學或評量的工具？

- 是 (請繼續回答第 2-7 題)  
 否 (請直接回答第 7-8 題)

2、貴院使用 mini-CEX 的醫療科別為？(可複選)

- 內科醫療部 (如內科、兒科、家醫科...等)  
 外科醫療部 (如外科、婦產科、骨科...等)  
 其他：\_\_\_\_\_

3、貴院使用 mini-CEX 的主要目的是？(可複選)

- 教學  
 評量

4、貴院是否要求醫學生/住院醫師施行 mini-CEX 的次數？

- 是 (1) 實習醫學生 (clerk) 每\_\_\_\_\_週一次  
 (2) 實習醫學生 (intern) 每\_\_\_\_\_週一次  
 (3) 住院醫師 每\_\_\_\_\_週一次  
 (4) PGY 每\_\_\_\_\_週一次

- 否  
 其他：\_\_\_\_\_

5、貴院使用 mini-CEX 是否列為醫學生/住院醫師的成績？

- 是，約佔總成績的\_\_\_\_\_ %  
 否

6、貴院使用的 mini-CEX 表單，是否與所附表單完全一致？

- 是  
 否 (已作局部的修訂；請影印傳真一份貴院表單，謝謝！)

7、貴院是否使用其他由臨床教師直接觀察學生與病人 (實際病人或標準化病人) 互動之教學評量方法？(可複選)

- 客觀臨床能力試驗 (OSCE, Objective Structured Clinical Examination)  
 直接操作觀察 (DOPS, Direct Observation of Procedural Skills)  
 全方位多元評量 (Multi-Rater 360-Degree Evaluation)  
 其他 (請簡單說明)：\_\_\_\_\_

8、貴院未使用 mini-CEX 的原因：\_\_\_\_\_

迷你臨床演練評量

教師：主治醫師 研究醫師 總醫師 住院醫師  
 學員：M5 M6 P7 R1 R2 R3 其他\_\_\_\_\_

時間：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 上午 下午 晚上  
 地點：門診 急診 一般病房 加護病房  
 病人：男 女 年齡：\_\_\_\_\_ 新病人 舊病人

診斷：\_\_\_\_\_

病例模拟程序：低 中 高

診斷重點：病情蒐集 診斷 治療 諮詢商談

1. 醫療評核 (□未觀察)  
 劣1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 優

2. 具體檢查 (□未觀察)  
 劣1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 優

3. 人際專業 (□未觀察)  
 劣1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 優

4. 臨床判斷 (□未觀察)  
 劣1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 優

5. 諮詢商談 (□未觀察)  
 劣1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 優

6. 組織效能 (□未觀察)  
 劣1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 優

7. 整體適任 (□未觀察)  
 劣1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 優

直接觀察時間：\_\_\_\_\_分鐘。回饋時間：\_\_\_\_\_分鐘

教師對本次評量滿意程度：  
 低1 2 3 4 5 6 7 8 9 高

學員對本次評量滿意程度：  
 低1 2 3 4 5 6 7 8 9 高

教師評語：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

教師簽名：\_\_\_\_\_ 學員簽名：\_\_\_\_\_

再次謝謝您的協助，並向您對醫學教育的付出及貢獻致敬！

貴院名稱：\_\_\_\_\_

聯絡人姓名：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

請傳真：(04) 2206-0248 或 e-mail：chenwalt@yahoo.com