

# ECC コース評価

## ACLS, BLS ヘルスケアプロバイダー および PALS クラスルームコース



日付 \_\_\_\_\_ インストラクター \_\_\_\_\_

トレーニングセンター \_\_\_\_\_ 場所 \_\_\_\_\_

担当した**インストラクター**についておたずねします。

担当インストラクター:

1. スキル実習セッションで、適切に指示し、手助けしてくれましたか。  
a. はい  
b. いいえ
2. スキルテストの前に、質問にすべて答えてくれましたか。  
a. はい  
b. いいえ
3. 受講者に対し、節度ある態度でていねいに接しましたか。  
a. はい  
b. いいえ

**コース内容**についての質問です。

1. コースの学習目標は明確でしたか。  
a. はい  
b. いいえ
2. コースの総合的難易度はどうでしたか。  
a. 難しすぎる  
b. やさしすぎる  
c. 適切
3. 内容は明確でしたか。  
a. はい  
b. いいえ
4. 映像資料や文書資料の質はどうでしたか。  
a. きわめてよい  
b. よい  
c. まずまず  
d. よくない
5. 機器や器具は、清潔で快適に使用できる状態でしたか。  
a. はい  
b. いいえ

あなたの**スキル習熟度**についての質問です。

1. このコースを受けたことで、スキルセッションに合格できるとお思いますか。  
a. はい  
b. いいえ
2. このコースで身に付けたスキルを活用できる自信がありますか。  
a. はい  
b. いいえ  
c. わからない

3. このコースで身に付けたスキルを使って緊急事態に対処できますか。  
a. はい  
b. いいえ  
c. わからない
4. このコースを受講したのは、職業教育費控除または継続教育費控除を受けるためですか。  
a. はい  
b. いいえ

**以下の質問への回答は任意です。**

以前にこのコースを、面接授業やオンラインなどの形態で受講したことがありますか。都合がよいのはどのような学習形態ですか。その理由もお聞かせください。

---

---

---

---

このコースに長所や短所があるとお考えでしたらお聞かせください。

---

---

---

---

今後 AHA が開発するコースに何を期待しますか。

---

---

---

---

**記入し終わったら:**

このフォームを電子メールで次の宛先にお送りください。

(インストラクターまたはトレーニングセンター)

または、次の宛先までご郵送ください。

American Heart Association  
ECC Training Department  
7272 Greenville Ave.  
Dallas, TX 75231

スキャンして [ecctraining@heart.org](mailto:ecctraining@heart.org) まで電子メールでお送りくださってもかまいません。