【別紙4】　　令和6年度福岡県認知症介護実践者研修

職場実習中間評価シート

受講番号：	（種別）：特養・老健・小規模多・認知症ＤＳ・GH 介護療養型・ＤＳ・特定・その他（　　）
受講者氏名：	所属施設名：

【２週目までの実習の自己評価】	10 20 30 40 50 60 70 80 90	（%）
・再アセスメント（情報収集）できているか		
・実践内容・方法・具体策が計画通り実行されているか		（%）
・チームや専門職との連携や協力が得られているか		（%）
・対象利用者は変化しているか		（%）

※自己評価の達成度（%）にした理由（例・30%であれば、残り70%何が足りなかったのかを書く）

【２週目までの実習内容】

１．新たに情報収集したこと、しなければいけないと気づいたこと

２．計画に基づいて実践していること

※7月7日までに事務局にＦＡＸ（092-584-3402）