

職場実習報告書

【別紙5】

令和6年度 福岡県認知症介護実践者研修

グループ番号：	受講番号：	(種別)：特養・老健・GH・小規模多・認知症DS・介護療養型・DS・特定 その他()	【結果】 自施設実習計画書の目指すべき生活像(目標)に対して、分かったこと、見えたこと、読みとれたこと、及びその要因など。 計画として実施した、カンファレンス・再アセスメント・実践計画内容の見直し・実践とカンファレンス 等の結果を記載。 (～理由で～ことが分かった等の表現で)
受講者氏名：	所属施設名：		【利用者に関して】
実習期間(4週間分)	R 年 月 日() ~ R 年 月 日()		
【事例の概要】			
氏名：	性別：	年齢：	要介護度：
認知症高齢者の日常生活自立度：	障害老人の日常生活自立度：	現病名：	
認知症の原因疾患名：	既往歴：		
事例の状況：			
本人の生活上の課題：			【自己の気づき、変化】
【目標】 (実践内容及び実践の経緯からテーマを記入する。)			
【実習実践方法】 箇条書きで記入			
1週目	2週目	3週目	4週目
			【まとめ】 今後の課題や実習の反省及び今後につなげて行きたいこと。
			【上司からのコメント】 (責任者)
【利用者の変化・気づき】			
【自己やチームの変化・気づき】			
			実習証明書 自施設実習計画書及び4週間の実習記録を確認し、実習が滞りなく終了したことを確認いたしました。 令和 年 月 日 施設(法人)名 施設長(法人代表者)氏名
			公印 (個人名印は認められません)