【別紙 3】　　令和７年度福岡県認知症介護実践者研修

職場実習記録シート

受講番号：	（種別）：特養・老健・小規模多・認知症ＤＳ・介護療養型療養型・ＧＨ　ＤＳ・特定・その他（　　）
実習者氏名：	所属施設名：
第　　週目	Ｒ　　年　　月　　日～Ｒ　　年　　月　　日

【第　　週目の実習目標】

【具体的な実践内容と実習中での気づきや学び】

【第　　週目の実習の自己評価】	できた				できない
・第　　週の実習目標が達成できているか	5	4	3	2	1
・実践内容が本人の望みに寄り添えていたか	5	4	3	2	1
・チームや専門職との連携や協力が得られたか	5	4	3	2	1
・対象利用者は変化しているか	5	4	3	2	1

【気づいたことでの課題】	確認日
	／
	上司確認欄