

受講番号 \_\_\_\_\_

### 職場実習計画書

|        |                                |          |
|--------|--------------------------------|----------|
| 職場実習期間 | 令和 年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) ( 日間) |          |
| 受講者氏名  | 施設・事業所名 (種別)                   | 上司名 (役職) |
|        | ( )                            | 様 ( )    |

1. 目指すべき生活像 (目標)

|  |
|--|
|  |
|--|

2 ケアの実践計画内容

|  |
|--|
|  |
|--|

3. 実習協力者への説明内容 (令和 年 月 日実施)

|  |
|--|
|  |
|--|

4. 職場実習計画

| 週目標    | 具体的な実践内容 (いつ・どこで・何を・どのように)・使用する資料 |
|--------|-----------------------------------|
| (1 週目) |                                   |
| (2 週目) |                                   |
| (3 週目) |                                   |
| (4 週目) | 実習期間を通して最低 1 回は、再アセスメントを行うこと。     |

※下書きと清書 (ボールペン記載・2重線訂正) 2枚記入。

1) ひもときシートで推測した「～かもしれない」を書き出してください。  
(現在確認できている情報をそこからの行動背景の推測)

2) 仮説：本人の望み（ニーズ）と困りごと

3) 現在考えているケアの検討（その方の望む暮らしをかなえるための支援）

4) 再アセスメントが必要と思われること（センター方式を活用して）

指導者確認印