|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実 習 期 間 | 令和　　年　　月　　日（　　）～　　月　　日（　　）　（　　日間） | | | | |
| 受講者番号 |  | | 氏　名 |  | |
| 施設・事業所名 |  | | 職　名 |  | |
| **⒈　１週目の実習計画（実習計画書の１週目の内容を記載）** | | | | | |
| 週目標 | | 具体的な実践内容 | | | 週のまとめ |
|  | |  | | |  |
| **⒉　１週目の実施状況** | | | | | |
| ①　週目標はどのくらい達成できましたか？該当する達成状況を選択して○をつけてください。 | | | | | |
| **よくできた　・　まあまあできた　・　すこしできた　・　できなかった** | | | | | |
| ②　①で選択した達成状況について、現状とこれからの課題を具体的に記載してください | | | | | |
| 実習計画書にて具体的な支援内容についての記載がない場合は、どのような支援をすることになったかなどが分かるように記入してください | | | | | |
| ③　今後の実習について、②で挙げた課題の解決や実践計画の修正等について、具体的に記載してください | | | | | |
|  | | | | | |
| ④　指導者・事務局への質問や相談事項を記載してください（ない場合は「特になし」と記載） | | | | | |
|  | | | | | |
| 現在進行中の職場実習が以下の視点に基づいているか、改めて確認してください（未チェックは要修正） | | | | | |
| □実習ではこれまでの学びが活かされているか  □本人にとっての困りごとが課題となっているか  □実習内容は認知症ケアの実践となっているか | | | □本人の生活の質の向上を目標としているか  □実習はチームで取り組めているか | | |
| 上司コメント※これまでの実践についてのアドバイスや励まし、期待すること等をご記載ください | | | | | |
|  | | | | | |
| 所属長・  職場実習責任者印 | 役職名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名（自著）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | |