令和4年度　認知症介護実践研修（実践者研修）

一般社団法人静岡県介護福祉士会

**認知症介護実践者研修　実習計画書・実施経過表**

グループNo．　　　　　　　受講No.　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実習施設名

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者情報 | 様（イニシャル）　　　生年月日　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　才　　　　男性・女性　　　　原因疾患 |
| 1ヶ月の目標 |  |
| 私たちにできること |  |

**実習計画　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 　　　実施経過**※評価　　よくできた…○　　できた…△　　できなかった…×

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実習日 | 誰が誰と | どこで | 取り組み内容 |
| 1週目  /  ～  / | 私 | 事業所 | 所属長、チームメンバーに実習計画を説明し、協力を求める |
| 2週目  /  ～  / |  |  |  |
| 3週目  /  ～  / |  |  |  |
| 4週目  /  ～  / |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実習日 | 誰が | 行った内容 | ※計画に対しての評価 | 対象者の様子 |
| 1週目  /  ～  / |  |  |  |  |
| 2週目  /  ～  / |  |  |  |  |
| 3週目  /  ～  / |  |  |  |  |
| 4週目  /  ～  / |  |  |  |  |