

グループ番号		受講者名		施設長名
施設名		施設種類		上司名

【テーマ】

【目標（目指すべき生活像）】

【実践計画内容】

【実習協力者への説明内容】（ 年 月 日実施）

自施設実習計画

週目標	実践する内容（いつ・どこで・何を・どのようになど）	
1 週目	【実習内容の共有と再アセスメント】	上司 確認欄
2 週目	【ケアの展開と記録】	上司 確認欄
3 週目	【ケアの展開と記録】	上司 確認欄
4 週目	【実習評価と自施設実習報告書の作成】	上司 確認欄

グループ番号： 受講者氏名： 事業所名： (別紙3-②)

Aさんの概要（簡単にどのような人かを説明）

性別 年齢 要介護度

障害高齢者の日常生活自立度：

認知症高齢者の日常生活自立度：

認知症の原因疾患名

【方法】

【結果】

【考察】

【今後の課題】

【上司からのコメント】

上司氏名：



職種