|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実 習 期 間 | 令和7年10月18日（土）～11月14日（金）　（28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  （いつ・どこで・何を・どのように） | | |
|  | |  | | |
| **⒉　１週目の実施状況** | | | | |
| ①　具体的な実践内容を、どのように進めていき支援方法が決定したのか記入してください | | | | |
| **【利用者からの聞き取り】**  **【家族・他の支援者からの聞き取り】**  **【チームからの意見】** | | | | |
| ②　①を踏まえて利用者に対する直接的な支援方法を記入してください | | | | |
|  | | | | |
| ③　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 | |
| 所属長コメント※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 | | | | |
|  | | | | |
| 職場実習責任者印 | （自署）　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | 役職名 |  |