実習協力者シート

令和５年度認知症介護実践リーダー研修 【２】

受講番号（　 　）氏名

|  |
| --- |
| 実習協力者について　　　職員氏名　　　　　　　　　 　　　　　 |
| 職種（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）資格（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）勤続年数（　　　　　　　年）　認知症ケアの経験年数（　　　　　　　　年）強み（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　ストレッサー（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）チームの中での働き（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）研修履歴（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）実習協力者の介護目標（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）実習協力者の認知症ケア実践上の課題（事例にあげた認知症介護の際） |