実習協力者シート

令和７年度認知症介護実践リーダー研修 【２】

グループ（　 ）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）  良いところ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）    苦手なところ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  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の現状  ・実習協力者が考えていること    ・リーダーが実習協力者に対して考えていること |