別紙1（リハビリ編）

プロフィール・シート（実習前）

記入日：平成　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | |  | | 所属 |  | | | 電話 | |  |
|  | |
| 性別 | | 女性・男性 | | 年代 | 20代・30代・40代・50代・60代・70代以上 | | | | | |
| 職種 | |  | | 経験年数 |  | | 基礎資格 | |  | |
|  | | | | | | | | | | |
| 実習日 | | 平成　　年　　月　　日（水） | | | |  | | | | |
|  | | | | | |
| 今回の実習に当たり学習したい内容やポイントを焦点化し、継続的な資質向上に役立てるために記入して下さい。 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 項目 | | | 内容 | | | | | | | |
| ① | 実習であなたの実践力を高めるために何を得たいと考えていますか？ | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ② | 実習で得たことをどのように実践に活かしていきたいと思いますか？ | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ③ | その他、実習に当たって考えていること、感じていることは何ですか？ | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

別紙2（リハビリ編）

振り返りシート（実習後）

記入日：平成　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | |  | | 所属 |  | | 電話 |  |
|  | | | | | | | | |
| 実習日 | | 平成　　年　　月　　日（水） | | | |  | | |
|  | | | | | |
| 実習を受けて今後どのように実践に活かしていきたいかなど記入していただき、フィードバックとしてください。 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 項目 | | | 内容 | | | | | |
| ① | 実践力を高めるために得たいと考えていたことは達成できましたか？（出来なかったときはその理由は何ですか？） | |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| ② | 得たことをどのように実践に活かしていきたいと考えていますか？ | |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| ③ | 実習を受けて感じたこと、考えたことは何ですか？（所見・感想・その他） | |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

別紙3（リハビリ編）

ケアマネ塾決定通知

○○ ○○様

　このたびは、「ケアマネ塾」リハビリ編にご応募いただき有難うございました。多摩丘陵病院と調整の結果、下記の日程でお受け頂くことになりましたのでご案内申し上げます。

記

1. 日時 平成30年○○月○○日（水）　08：30～17：00
2. 住所 多摩丘陵病院：東京都町田市下山田1491
3. 連絡先 多摩丘陵病院理学療法科　電話：042-797-1511（担当：中澤幹夫科長）

美郷居宅介護支援事業所：042-797-6274（担当：井口）

1. 提出物 プロフィールシート（同封 別紙1）を実施日の概ね10日前までに

　　　　　 美郷居宅介護支援事業所に提出してください。

1. その他 当日は指定の時間までに３Fリハ室に到着してください。

　　　　　 実習中は職員の指示に従って行動してください。

　　　　　 自動車が来られる場合は指定の場所がございます。

　　　　　 事前に別紙留意点をご確認ください。

都合により中止する場合があります（後日振替日の調整します）。

以上

美郷居宅介護支援事業所

ケアマネ塾事務局：担当 イグチ

電話：042-797-6274　FAX：042-797-3553