1. 実習記録

［精神保健福祉援助実習：□病院　□その他］

高知県立大学社会福祉学部　　　学籍番号：　　　　　　　実習生氏名：

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　　月　　　日（　　）・天気  （実習第　　　日目） | 出　勤　　　AM/PM　　　　： |
| 退　勤　　　AM/PM　　　　： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実習目標 | | |
|  | | |
| 行動計画・予定 | | 行動内容 |
| （時　刻）  　：  　　：  　　：  　　：  　　：  　　：  　　：  　　：  　　：  ：  ：  ：  ：  ：  ：  ：  ：  ：  ： | （計画・予定） |  |
| 観察・考察 | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| 実習指導担当者のコメント |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 実習指導担当者：　　　　　　　　　　　　印 |