**「訪問看護人材養成基礎カリキュラム」実習記録（日本訪問看護財団版）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ユーザID |  | 氏名 |  | 資格 | 資格を選択 |
| eラーニング修了日 | 修了日を選択 | 所属施設 |  |
| **修了証書送付先****メールアドレス** | ※ハイフン、アンダーバーなど正確に記載してください | **電話番号** | ※必ず連絡が取れる電話を記載 |
|  |  |
| 実習施設 |  |
| 実習期間 | 年　月　日～　　　年　月　日 |
| 日時 | 実習時間 | 実習時間・内容及び自己評価 | 指導者サイン |
| 年　月　日 | AM | 時～　時 |  |  |
| PM | 時～　時 |  |
| 年　月　日 | AM | 時～　時 |  |  |
| PM | 時～　時 |  |
| 年　月　日 | AM | 時～　時 |  |  |
| PM | 時～　時 |  |
| 年　月　日 | AM | 時～　時 |  |  |
| PM | 時～　時 |  |
| 年　月　日 | AM | 時～　時 |  |  |
| PM | 時～　時 |  |

|  |
| --- |
| ＊実習内容は訪問した全ケースについて、概要と実際の看護内容（どのような看護を見学したか、実施したか）を記載する。 |
| ＊必ず自己評価（学習したこと、反省点等）を記載する。 | ＊訪問看護以外の実習をした場合も同様に記載する。 |
| ＊実習先の指導者に各日、実習修了の確認（サイン）を受ける。 | ＊枠の拡張やコピー使用を可とする。 |
| ＊実習修了後、1か月以内に日本訪問看護財団に提出する。 | ＊訪問の移動時間が長時間要した場合はその旨も記載する。 |