CCSチェックリスト１ 　　　　 年　　月　　日　学生氏名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基礎項目 | | 見学 | 模倣 | 実施 | 備考 |
| ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ | 挨拶・会話等 | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |  |
| 位置関係、視線の高さ・向き、距離の調整、会話の切り出し、声の明瞭度、スムーズな展開、自然な動作・表情、傾聴技法(タイミング・頻度)、 心情を察する態度、立場をわきまえた対応 | | | |
| 感染症対策 | 手洗い等 | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |  |
| 十分な手洗いができるか？　指示通りの感染予防行動がとれるか？　清潔に注意できるか？ | | | |
| 動作介助 | 介助内容 | | | |  |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 適切な方法で操作できるか？安全な環境で介助しているか？（ブレーキ、フットレストの確認、周囲への配慮など）リスク管理ができているか？　指示、タイミングが説明できるか？　介助部位は適切か？　介助方向は適切か？　タイミングは適切か？ | | | |
| 検査測定技術項目 | | 見学 | 模倣 | 実施 | 備考 |
| 情報収集 | 医学的情報 | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |  |
| 社会的情報 | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 指示通りに情報をとれるか？カルテから必要な情報をみつけられるか？クライアント・家族から必要な情報を聞き出せるか？他職種から必要な情報を聞き出せるか？ | | | |
| 全身状態と  バイタル | ｸﾗｲｱﾝﾄの観察 | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |  |
| 表情などからクライアントの状態を把握できるか？異常な状態（顔色、発汗、呼吸など）を確認できるか？嘔気、めまい、悪寒、倦怠感、疲労感などを確認できるか？クライアントの状況変化を報告できるか？ | | | |
| 血圧・脈拍測定 | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |  |
| 適切な肢位設定ができるか？肢位に合わせた血圧計の設置ができるか？マンシェットを正しく巻けるか？動脈を確認できるか？ | | | |
| 形態測定 | 部位を記載 | | | |  |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 適切な検査肢位の設定・変換ができるか？ランドマークが確認できるか？メジャーの使用は適切か？記録ができるか？不快感（時間のかかり過ぎなど）を与えていないか？ | | | |
| 関節可動域  測定 | 部位を記載 | | | |  |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 指示・説明ができるか？検査肢位の設定、変換ができるか？無理な体勢で計測していないか？角度計のあて方は適切か？方法（基本軸・移動軸・運動方向・範囲）は適切か？目盛りを正しく読めるか？代償を抑制できるか？リスク管理ができるか？記録ができるか？不快感を与えていないか？ | | | |
| 感覚検査 | 部位を記載 | | | |  |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 指示・説明ができるか？検査器具を正しく使用できるか？刺激は適切か？ 正しく判定できるか？記録ができるか？不快感を与えていないか？ | | | |
| 反射検査 | 部位を記載 | | | |  |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 適切な肢位設定ができるか？十分に脱力させることができるか？刺激部位は正しいか？打腱器の使い方は適切か？正しく判定できるか？記録ができるか？不快感（時間のかかり過ぎ）をなど）を与えていないか？ | | | |
| 徒手筋力  検査法 | 部位を記載 | | | |  |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 指示・説明ができるか？検査肢位の設定、変換ができるか？無理な体勢で計測していないか？抵抗のかけ方は適切か？代償を抑制できるか？リスク管理ができるか？記録ができるか？不快感を与えていないか？ | | | |
| 粗大筋力検査 | 検査内容を記載 | | | |  |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 適切な肢位設定ができるか？検査器具の使い方は適切か？正しく判定できるか？記録ができるか？不快感をなど）を与えていないか？ | | | |
| 協調性検査 | 検査内容を記載 | | | |  |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 適切な肢位設定ができるか？検査器具の使い方は適切か？正しく判定できるか？記録ができるか？不快感（時間のかかり過ぎ）をなど）を与えていないか？ | | | |

CCSチェックリスト２ 　　　　年　　月　　日　学生氏名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 検査測定技術項目 | | 見学 | 模倣 | 実施 | 備考 |
| 片麻痺運動  機能 | 上　肢 | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |  |
| 下　肢 | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 手　指 | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 適切な検査肢位の設定・変換ができるか？円滑に検査できるか？判定正確か？不快感（時間のかかり過ぎなど）を与えていないか？ | | | |
| その他検査  （上肢機能など） | 検査名を記載 | | | |  |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 指示・説明ができるか？円滑に検査を遂行できるか？正確に判定できるか？リスク管理ができるか？記録ができるか？不快感を与えていないか？ | | | |
| 認知機能  心理など  （HDS-R等） | 検査名を記載 | | | |  |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 指示・説明ができるか？円滑に検査を遂行できるか？正確に判定できるか？リスク管理ができるか？記録ができるか？不快感を与えていないか？ | | | |
| 起居・移動 | 寝　返　り | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |  |
| 起き上がり | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 座位保持 | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 立ち上がり | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 立位保持 | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 歩　　行 | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 指示・説明ができるか？正確に分析できるか？リスク管理ができるか？記録ができるか？不快感を与えていないか？ | | | |
| ADL・IADL評価項目 | | 見学 | 模倣 | 実施 |  |
| セルフケア | 食　事 | □□□□□□ | □□□□□□ | □□□□□□ |  |
| 更　衣 | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 整　容 | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 排　泄 | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 入　浴 | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 指示・説明ができるか？正確に分析できるか？リスク管理ができるか？記録ができるか？不快感を与えていないか？ | | | |
| IADL | 評価内容を記載 | | | |  |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 指示・説明ができるか？正確に分析できるか？リスク管理ができるか？記録ができるか？不快感を与えていないか？ | | | |
| アプローチ（訓練・指導・援助） | | 見学 | 模倣 | 実施 |  |
| 心身機能  身体構造 | （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |  |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| 活動と参加 | （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |  |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| そ　の　他  福祉機器  住宅改修  家族教育など  就学・就労支援 | （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |  |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |
| （　　　　　　） | □□□□□□ | □□□□□□□ | □□□□□□□ |

【総合臨床実習】

実習生紹介用紙

令和 　　年　　 月　　 日作成

所　属：藤華医療技術専門学校　作業療法学科　第　　学年

フリガナ

氏 　名： 　　　　　　　　　　　　　年齢：　　　 歳　　　　 男　 ・　 女

〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯

実習中住所： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：（　　　 ）　　-

緊急連絡先：住所 　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：（ 　　　）　　-

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　 ）

学歴：高校卒業　　専門学校卒業　　短大卒業　　大学卒業

職歴：　　　有　　　 無

健康状態（特記すべき事項）：

実習生自己紹介および自己ＰＲ

＜過去の実習経験　※実習によって欄数が異なります。＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学年 | 施　設　名 | 実習の種類 | 実習期日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※実習終了時、学生にご返却ください。

【総合臨床実習】

# 出 席 簿

学籍番号：　　　　 　　　　　　　　学生氏名：

実習施設名：

実習期間：令和 　年 　月 　日 ～ 　月 　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1週 | ／　（月） | ／　（火） | ／　（水） | ／　（木） | ／　（金） | ／　（土） | ／　（日） |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 2週 | ／　（月） | ／　（火） | ／　（水） | ／　（木） | ／　（金） | ／　（土） | ／　（日） |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 3週 | ／　（月） | ／　（火） | ／　（水） | ／　（木） | ／　（金） | ／　（土） | ／　（日） |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 4週 | ／　（月） | ／　（火） | ／　（水） | ／　（木） | ／　（金） | ／　（土） | ／　（日） |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 5週 | ／　（月） | ／　（火） | ／　（水） | ／　（木） | ／　（金） | ／　（土） | ／　（日） |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 6週 | ／　（月） | ／　（火） | ／　（水） | ／　（木） | ／　（金） | ／　（土） | ／　（日） |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 7週 | ／　（月） | ／　（火） | ／　（水） | ／　（木） | ／　（金） | ／　（土） | ／　（日） |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 8週 | ／　（月） | ／　（火） | ／　（水） | ／　（木） | ／　（金） | ／　（土） | ／　（日） |
|  |  |  |  |  |  |  |

出席　　　日　　欠席　　日　　遅刻　　回　　欠席　　回

実習指導者：　　　　　　　　　　印

教員指導報告書 　　　　【総合臨床実習用】

学籍番号 氏名

点数は成績評価のルーブリック評価(P14~15)に準拠して指導者ならびに学生自身で1～4 点の範囲で記入してください。総合コメントは訪問した教員が記入します。

【実習態度・主体的な学習】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指導項目 | 学生評価（1~4で記載） | 指導者評価（1~4で記載） |
| 1.身なり服装 |  |  |
| 2.挨拶 |  |  |
| 3.言葉使い |  |  |
| 4.時間の遵守 |  |  |
| 5.提出物の期限を守る |  |  |
| 6.報告連絡相談 |  |  |
| 7.実習中の主体的な取り組み |  |  |
| 8.対人関係 |  |  |
| 9.自己学習 |  |  |

【作業療法場面】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指導項目 | 学生評価（1~4で記載） | 指導者評価（1~4で記載） |
| 10.情報収集 |  |  |
| 11.作業療法評価項目の列挙 |  |  |
| 12.検査測定の実施 |  |  |
| 13.評価のまとめ（全体像の把握） |  |  |
| 14.対象者の焦点化 |  |  |
| 15.目標設定 |  |  |
| 16.作業療法計画の立案 |  |  |
| 17.作業療法介入体験 |  |  |
| 18.介入経過とプログラム変更 |  |  |
| 19.成果の評価 |  |  |
| 20.他部門の役割に関する理解 |  |  |

＜総合コメント＞

記 載 日 年 月 日

実習施設名 実習指導者名

訪問指導教員： 印

# 実習を終えての感想

【総合臨床実習】

令和 年 月 日

実習施設名：

氏名：

※ 最終日に学生が、施設に対して提出するものです。各施設にて受領ください。

【総合臨床実習】

実習中の欠席・遅刻・早退届

令和　　年　　月　　日

臨床実習指導者　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名：

実習施設名：

欠　席：　　年　　月　　日　　　時　　分　〜　　月　　日　　　時　　分

遅　刻：　　年　　月　　日　　　時　　分　〜　　月　　日　　　時　　分

早　退：　　年　　月　　日　　　時　　分　〜　　月　　日　　　時　　分

理　由（具体的に）：

欠席時の連絡先：

　　　　　〒

住　所：　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：（　　　）　　　　-

氏　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　実習指導者署名：　　　　　　　　　　　印

付記：前もって必ず許可を得ておくこと。緊急の場合は口頭で連絡し、後日届けを出しておくこと。

正当な理由と認められない場合は無断（欠席・遅刻・早退）扱いとする。

【総合臨床実習】

車両持ち込み許可願

令和　　年　　月　　日

施設長　殿

藤華医療技術専門学校

作業療法学科

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印

今般貴施設での長期実習に伴い、使用を希望する車両の持ち込みを許可くださるようお願い申し上げます。

なお、駐車場についての規則など、ご指示くださるよう併せてお願い致します。

1. 実習期間

自　　令和　　　年　　　月　　　日

至　　令和　　　年　　　月　　　日

1. 車種・車両ナンバー
2. 免許証番号

保険加入状況につきましては別紙（自動車等保険加入状況調）をご参考ください。

【総合臨床実習】

自動車等保険加入状況調

令和　　年　　月　　日

藤華医療技術専門学校

作業療法学科

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　印

1.　車　　種　　　自家用車・自動二輪車（大型・中型）・原動機付き自転車

　　　　　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

2.　車名・年式

3.　登録番号

4.　所有者名

5.　保険加入状況

1. 自賠責保険会社名
2. 任意保険加入の有無　　　　　有　・　無
   1. 保険加入会社名
   2. 保険期間　　令和　　年　　月　　日〜令和　　年　　月