**同行訪問記録**

**作成日　　　　　年　　　月　　　日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受講者番号** | **氏名（姓のみ）** | **上司の確認** |
|  |  |  |
| **実習先施設名** |  | |
| **実習日時** | 令和　年　月　日　　：　　～　　： | |
| **目標** |  | |
| **実習内容**  **①対象者概要**  **②訪問目的**  **③ケア内容**  **④自己の参画状況** |  | |
| **気づき/感想等**  **①これまでの自己の指導内容の振り返り**  **②これからの自己・部署において提供するケアについて考えること**  **等** |  | |

※A４サイズ用紙１枚におさめてください。

※受講者番号の記入はいりません。

2024.7

福井県看護協会