**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