

# 令和2年度奈良県認知症介護実践者研修 事前学習シート

別紙「事前学習シートの記入について」を参照の上、ご記入ください。印刷はA3をお願いします。

研修初日に原本を事務局へご提出ください（ご自身用のコピーをとっておいてください）

氏名		職名	
施設・事業所名			

【I-①】認知症ケアについて、あなたやあなたの事業所が今取り組んでいることは何ですか？

【I-②】認知症ケアを実践している中で、困っていることや悩んでいること、解決したいと考えていることは何ですか？

【II】この研修における目標を具体的に記入してください。（箇条書きでOK）

【III】自施設実習の「実習対象者」としてあなたが選定している**認知症の方2名**について、あなたが知っていることを（ADLや認知機能面だけでなく、その人の性格・生活歴などについても）記入してください（記入欄が不足の場合は別紙記載可）

【所属長コメント】シートの内容をお読みいただき、下記の欄にコメントをお願いいたします

本人（受講生）の強みや得意なことについて	本人（受講生）への期待について

所属長	所属：	
	役職：	氏名（自署）
		印