

**第1週**(実習期間： 月 日～ 月 日) **実践計画書**

愛媛県認知症介護実践者研修実習用シート⑤

利用者 \_\_\_\_\_ さん (イニシャルを記入) \_\_\_\_\_ (所属事業所名) \_\_\_\_\_ (氏名)

長期目標

※シート④の5を記入

**※実践内容 (利用者[認知症の人]の視点に立った実際の取り組み)**

課題 (ニーズ)	短期目標	具体的な援助内容	取り組む際の留意事項
※シート①の4を記入	※シート④の6を記入	※実習2週目～3週目の取り組み内容	※左欄の具体的な援助内容ごとに記入

※ 必要に応じて記入欄は拡大してください