

(様式第 17 号)

確認チェックポイント

実施日： 年 月 日

指導者名： _____

	十分	不十分
1. 身だしなみ		
① 頭髪は整っているか、寝ぐせがないか	5 4 3 2 1	
② 眼鏡がよごれていたり、ひげの剃り残しはないか、化粧は自然的で健康的か	5 4 3 2 1	
③ つめはきちんと切っているか	5 4 3 2 1	
④ 靴や靴下が汚れていないか、穴があいていないか	5 4 3 2 1	
2. 患者の理解と良好な人間関係の確立		
① 患者や周囲のスタッフに挨拶をしているか	5 4 3 2 1	
② 患者に接する際の言葉遣いは適切か	5 4 3 2 1	
③ 患者を一個人として尊重し、受容的・共感的態度で接しているか	5 4 3 2 1	
④ 患者にわかりやすい説明を行い、同意を得ているか	5 4 3 2 1	
3. 各種評価、目標設定、治療選択		
① ハンドリングや介助が過大になっていないか	5 4 3 2 1	
② 患者との距離感は適切であり、安全に実施できているか	5 4 3 2 1	
③ 自立度に応じた練習量、環境設定であり、練習道具等を適切に選択できているか	5 4 3 2 1	
④ 患者に応じた治療をバランス良く選択しているか	5 4 3 2 1	
4. 担当患者に関する要約、指導者との意見交換		
① 担当患者に関する情報を把握し、要約を記載、他者に説明できるか	5 4 3 2 1	
② 予後予測や目標設定、時期が具体的であるか	5 4 3 2 1	
③ 担当患者の診療や今後の方向性等について指導者に確認したい点を説明できるか	5 4 3 2 1	
④ 担当患者について指導者と意見交換、臨床推論の判断を行えるか	5 4 3 2 1	