|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講者番号 | |  | | 氏　名 | |  | |
| 施設・事業所名 | |  | | 職　名 | |  | |
| 所属長名 | | （自署）　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | 役職名 | |  | |
| **指導対象者：（　　　　　　　　　　　　）さん** | | | | | | | |
|  | ア．評価対象項目 | | イ．評価方法 | | 実施日 | | ウ．評価結果  できている点・課題 |
| 認知症ケアの知識 |  | |  | |  | |  |
| アセスメント |  | |  | |  | |  |
| 介護方法 |  | |  | |  | |  |
| 介護評価 |  | |  | |  | |  |
| ＜面接結果＞ | | | | | | | |