

フェイスシート (発達支援臨地実習Ⅱ 高齢者) 学籍番号 _____ 名前 _____

担当入所者	年齢	歳代	性別	男 ・ 女
入所の理由				
入所前の居住				
入所前の経歴 (職業等)				
精神的・機能的 障害の経緯				
性格 人柄の特徴				
空き時間の 過ごし方				
楽しみ・趣味	1.あり 2.なし	内容：		
特技	1.あり 2.なし	内容：		
外出	1.あり 2.なし	内容：		
日頃の交流	1.あり 2.なし	内容：		
視力	1.本などが読める	2.細かいものは見えないが不便はない	3.ほとんど見えない	
聴力	1.不便はない	2.大声なら聞こえる	3.ほとんど聞こえない	
言葉の理解	1.理解できている	2.時々理解できない	3.ほとんど理解できない	
文字の理解	1.理解できている	2.時々理解できない	3.ほとんど理解できない	
リハビリテーション	1.参加している (週 回)		2.参加していない (理由)	
具体的な状況				
レクリエーション	1.参加している (週 回)		2.参加していない (理由)	
具体的な状況				
本人の希望				
活動状況全体を 見て気になる事・ 気付いたこと				
				実習指導者 (印またはサイン)

※学生は4日目夕方までに実習指導者へ、フェイスシート、ADL・口腔状況、口腔保健指導計画の3枚を提出する。最終日までに完成させ大学教員へ提出。

※実習指導者の方へ：本記録に関しては、学生が最終日までに作成し、大学教員がチェックをします。翌日、そのまま学生に返却して頂いて構いません。