付録

必要に応じて複写して使用してください。

【様式6】**デイリーノート（行動記録）の構成はあくまでも参考フォーマットである。**

**デイリーノート（行動記録）**

　　　　　月　　　　日　　　　曜日

|  |  |
| --- | --- |
| **当日のタイムスケジュール** | **実施内容** |
| <記載例>9:00～10:0010:00～11:00 | <記載例>A様見学担当ケース評価・治療 |
| **【感想】** |
| **【備考】** |

【様式7】**デイリーノート（観察記録）の構成はあくまでも参考フォーマットである。**

**デイリーノート（観察記録）**

　　　　月　　　　日　　　　曜日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　No．

|  |  |
| --- | --- |
| **OTR見学内容・OTS実施内容など** | **考察・疑問点・感想など** |
| <記載例>・時間：9:00～9:40・担当職員：・B様、男性、40歳台・診断名：脳出血・その他の情報： |  |
| **【指導者からのコメント】** |

【様式8】**ケースノートの構成はあくまでも参考フォーマットである。**

**ケースノート**

　　　　月　　　　日　　　　曜日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　No．

|  |  |
| --- | --- |
| **OTS実施内容** | **指導者からのコメント** |
|  |  |

【様式9】

**症例報告書（ケースレポート）フォーマット案**

【**MTDLP活用時**】

1．症例紹介

性別、年齢、疾患名、既往歴、現病歴、社会的背景、他部門情報、性格、趣味など

2．作業療法評価

（1）面接・情報収集、観察、検査/測定の結果を記載

（2）生活行為聞き取りシート（別紙添付）を作成

※目標が思いつかない、気持ちが向かない場合は、興味・関心チェックシート（別紙添付）などを活用

（3）生活行為アセスメント演習シート（別紙添付）を作成

3．作業療法実施計画

　　生活行為向上プラン演習シート（別紙添付）を作成

4．作業療法経過

5．考察

6．引用文献

※（社）日本作業療法士協会　事例報告書作成の手引きを学生用に一部改変

【様式10】

**誓　　約　　書**

　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

　このたび、貴施設において臨床実習を行うにあたり、以下の事項を遵守することを、

誓約いたします。

記

１　貴施設における規則および指示を遵守し、誠実に実習すること。

２　臨床実習で知り得た対象者の個人情報を、決して他に漏らさないこと。

３　臨床実習で知り得た施設情報、及び職員の個人情報を、決して他に漏らさないこと。

４　実習中知り得た情報は実習終了後も、決して他に漏らさないこと。

５　臨床実習中の事故防止(書類の取り扱いを含む)に細心の注意を払うこと。

６　故意または過失により、貴施設に対して損害を与えた場合には、その責任を負うこと。

新潟リハビリテーション大学　医療学部

リハビリテーション学科　作業療法学専攻 4学年

氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

学校法人　北都健勝学園　新潟リハビリテーション大学は、上記学生に対して、以下の点に関して十分指導いたします。

１　貴施設における規則ならびに指示等の遵守

２　貴施設の設備ならびに備品等の適切な取り扱いの徹底

３　臨床実習に際して知りえた対象者の個人情報に対する守秘義務

４　臨床実習に際して知りえた施設情報、及び職員の個人情報に対する守秘義務

５　臨床実習終了後の個人情報・施設情報に対する守秘義務

６　問題等が生じた際の、貴施設への迅速な報告義務

なお、本学は万が一の事故に備え施設管理者賠償責任保険、個人賠償保険に加入しております。

以上

新潟リハビリテーション大学

　学長　山村千絵

【様式11】

**個人情報の取扱いに関する誓約書**

年　　　　月　　　　日

新潟リハビリテーション大学

作業療法学専攻長　様

　このたび、臨床実習にあたり、個人情報の取扱いについて下記の事項について誓約いたします。

記

１．実習中に知り得たすべての事項・情報について開示、漏洩もしくは自ら使用しないことを誓約します。また、実習終了後も、これを厳守します。

２．守秘義務を厳守するため、閲覧を許されたカルテ等データ一切の管理を慎重に行うことを約束します。

新潟リハビリテーション大学　医療学部　リハビリテーション学科

専攻

学年　　　　　　　年生

氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

以上

【様式12】

**臨床実習における個人用パソコン等使用願**

申請日　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　様

次のとおり、パソコン(以下PC)の持ち込みに関する遵守事項に従い、私物のPCを使用したいので申請いたします。またPCの使用に際し、貴施設が定めた遵守事項に従います。

所属名：新潟リハビリテーション大学　医療学部

リハビリテーション学科　　　　　　　　　専攻

 学生氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記のPC・USBメモリーは、以下の使用要件を満たしていることを確認しました。

※検査実施教員署名　　　　　　　　　　　　　　　　　印（　　　　　年　　　　月　　　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| 使用するPC・USB | PCメーカー・機種名：USB型番：　　　　　　　　　　　　　　　　　□大学検査済みバーコード有 |
| * PCにはウイルス対策ツールがインストールされ、パターンファイルが最新である。
 |
| * オペレーティングシステム（OS）が最新の状態である。
 |
| * ファイル交換ソフトや不正なプログラムがインストールされていない。
 |
| * 起動時のパスワードが設定してある（　PC　・　USBメモリー　）。
 |
| * PCにスクリーンセーバーが設定してある（解除時のパスワード起動も含める）。
 |
| * ウイルスに感染していない（　PC　・　USBメモリー　）。
 |

|  |  |
| --- | --- |
| 使用期間（臨床実習期間） | 　年　　 月　　 日 ～ 　　年　　 月　　 日 |
| 臨床実習指導者（ご署名） |  |

上記の申請に基づき、施設内でのPC使用を許可します。

(限定条件; )

　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※臨床実習指導者の方は、施設長等から許可をいただいた後、この用紙を学生へお渡しください。

【様式13】

**事　故　報　告　書**

|  |
| --- |
| 実習指導者 |
| 印 |

新潟リハビリテーション大学

作業療法学専攻長　様

報告日：　　　　　　年　　　　月　　　　日

報告者：新潟リハビリテーション大学　作業療法学専攻　　　学年

学籍番号：　　　　　　　　　　氏　　名：　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| 事故発生日時：　　　　　　年　　　　月　　　　日　　午前　　　：　　　頃　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　午後　　　：　　　頃 |
| 事故発生場所： |
| 事故発生時の状況（当事者、けがの状況、容態を含む） |
| 直後の対応 |
| その後の容態等 |
| 事故発生の原因と思われる事項 |
| 再発防止対策 |

【様式14】

提出日：　　　　　年　　　月　　　日

新潟リハビリテーション大学

作業療法学専攻長　様

**欠席・遅刻・早退・公休届**

当該する事項に○印をつけること

欠席・遅刻・早退・公休をした日　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

（　事　由　）

以上、届け出いたします。

作業療法学専攻（学籍番号　　　　　　　　　　　　　）

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 　実習指導者 | 実習担当教員 |
| 印 | 印 |

【様式15】

**車両持ち込み許可願い**

施設長　様

臨床実習指導者　様

　　　年　　　月　　　日

新潟リハビリテーション大学

作業療法学専攻　　　　年生

氏名　　　　　　　　　　　　印

今般貴施設での臨床実習に伴い、使用を希望する車両の持ち込みを許可してくださいますようお願い申し上げます。

なお、駐車場につきましての規制など、ご指示くださいますよう、合わせてお願い致します。

1．実習期間

自　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

至　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

2．車種・車両ナンバー

3．運転免許証番号

学生の車両の使用を許可します。

実習担当教員署名　　　　　　　　　　　　　印