

臨床実習記録表

2026年度 臨床実習(地域リハビリテーション)

実習施設名 : _____

実習期間 : _____年 月 日～ _____年 月 日

学籍番号 : _____

実習生氏名 : _____

学校法人 滋慶学園 東京都認可の専修学校
TMS 東京メヂカル・スポーツ専門学校

理学療法士科 I 部

連絡先 03-5605-2930 (代表)
E-mail tms-pt1@tokyo-medical.ac.jp

目次

1) 実習開始時目標	P2
2) 基本的資質の評価	P3
3) 臨床実習経験表	P4
4) 実習の振り返り	P5
5) 出欠表	P6

1) 実習開始時目標

- ・ 臨床実習を通しての目標を、臨床実習開始日に実習生と話し合い記入させてください。

2) 基本的資質の評価

- ・ 最終評価を実習最終日に実施してください。
- ・ 各項目の点数「2・1・0」を○で囲み、合計点数の記載をお願いいたします。

評価基準	
2	ほとんど促しや指導がなくても実行している。
1	時々注意や促し、指導が必要である。
0	常に注意や促し、指導が必要である。

評価項目		最終評価		
1	実習施設の規則を守ることができる。	2	1	0
2	時間を厳守して行動することができる。	2	1	0
3	医療人として適切かつ衛生的な服装をしている。	2	1	0
4	職員や患者・利用者に対して元気に挨拶ができる。	2	1	0
5	職員に対して正しい言葉遣いができる。	2	1	0
6	患者・利用者に対して正しい言葉遣いができる。	2	1	0
7	患者・利用者に対して人間性を尊重した誠実な対応ができる。	2	1	0
8	患者・利用者とは円滑にコミュニケーションをとることができる。	2	1	0
9	必要な事項を速やかに報告・連絡・相談することができる。	2	1	0
10	知識・技術に対して向上心や探求心を発揮できる。	2	1	0
11	自発的に質問することができる。	2	1	0
12	他者からの指導やアドバイスを素直に聞き入れることができる。	2	1	0
13	提出物の期限を守ることができる。	2	1	0
14	提出物が適切な分量・内容となっている。	2	1	0
15	個人情報保護のルールを守り、適切に情報管理することができる。	2	1	0
		合計	点	

4) 実習の振り返り

- ・ 実習最終日、実習を通しての振り返りを実習生が記載します。
- ・ 臨床教育者はこの実習で成長できたことや今後の課題などについてアドバイスをお願いします。

実習の振り返り
臨床教育者によるアドバイス

5) 出欠表

実習期間： 年 月 日 () ~ 年 月 日 ()

※実習生が毎日記載すること。

※実習最終日には臨床教育者にチェックを受け、施設名および臨床教育者の署名を受けること。

出席：○ 欠席：× 遅刻：遅 早退：早 公欠：公

※半日出席の場合は、【○(半日)】のようにご記載ください。

月	火	水	木	金	土	日
/	/	/	/	/	/	/

出席	日	欠席	日	遅刻	日	早退	日
----	---	----	---	----	---	----	---

年 月 日

実習施設名 _____

臨床教育者名 _____

実習生氏名 _____