

臨床実習記録表

2025年度 臨床実習(総合)

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	P4-9
4) 実習の振り返り	P10
5) 体験症例記入用紙	P11-12
6) 出欠表	P13

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。
- ・ 毎週末のフィードバック時に、目標に対しての到達状況の確認をしてください。

例：学校では報告・連絡・相談が苦手だったので、必ず報告・連絡・相談ができるようになる。
リスク管理に注意し、各種検査測定を行えるようになる。
在宅復帰を念頭に治療プログラムを考えられるようになる。

2) 基本的資質の評価

- ・ 中間評価を3週目または4週目、最終評価を7週目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		中間評価			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	1	0
2	時間を厳守して行動することができる。	2	1	0	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	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	2	1	0
5	職員に対して正しい言葉遣いができる。	2	1	0	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	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	2	1	0
8	検査を行う際は事前に説明を行い、同意を得ることができる。	2	1	0	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	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	2	1	0
11	自発的に質問することができる。	2	1	0	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	2	1	0
13	提出物の期限を守ることができる。	2	1	0	2	1	0
14	提出物が適切な分量・内容となっている。	2	1	0	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	2	1	0
		合計 点			合計 点		

3) 臨床実習経験表

- ・ 実習期間中に実習で体験した項目のチェック☑を毎週お願いします。
- ・ 体験できなかったものは空欄のままで構いません。
- ・ チェック作業は毎週末に実習生と共同で行ってください。
- ・ 実習生個人がチェックしても構いませんが、必ず臨床教育者による確認をお願いします。

項目	1週目			2週目			3週目			4週目		
	見学	共同参加	実施									
動作介助												
基本的動作介助	<input type="checkbox"/>											
移乗介助	<input type="checkbox"/>											
歩行介助	<input type="checkbox"/>											
リスク管理												
各種モニターの使用	<input type="checkbox"/>											
褥瘡の予防	<input type="checkbox"/>											
酸素吸入患者の状態観察	<input type="checkbox"/>											
脈拍測定	<input type="checkbox"/>											
血圧測定	<input type="checkbox"/>											
SpO2 測定	<input type="checkbox"/>											
意識レベル(JCS/GCS)	<input type="checkbox"/>											
認知機能検査	<input type="checkbox"/>											
情報収集・問診												
医学的情報	<input type="checkbox"/>											
社会的情報	<input type="checkbox"/>											
他部門情報	<input type="checkbox"/>											
問診	<input type="checkbox"/>											
疼痛評価	<input type="checkbox"/>											
形態測定												
上肢長	<input type="checkbox"/>											
下肢長	<input type="checkbox"/>											
上肢周径	<input type="checkbox"/>											
下肢周径	<input type="checkbox"/>											

項目	5 週目			6 週目			7 週目			8 週目		
	見学	共同参加	実施									
動作介助												
基本的動作介助	<input type="checkbox"/>											
移乗介助	<input type="checkbox"/>											
歩行介助	<input type="checkbox"/>											
リスク管理												
各種モニターの使用	<input type="checkbox"/>											
褥瘡の予防	<input type="checkbox"/>											
酸素吸入患者の状態観察	<input type="checkbox"/>											
脈拍測定	<input type="checkbox"/>											
血圧測定	<input type="checkbox"/>											
SpO2 測定	<input type="checkbox"/>											
意識レベル(JCS/GCS)	<input type="checkbox"/>											
認知機能検査	<input type="checkbox"/>											
情報収集・問診												
医学的情報	<input type="checkbox"/>											
社会的情報	<input type="checkbox"/>											
他部門情報	<input type="checkbox"/>											
問診	<input type="checkbox"/>											
疼痛評価	<input type="checkbox"/>											
形態測定												
上肢長	<input type="checkbox"/>											
下肢長	<input type="checkbox"/>											
上肢周径	<input type="checkbox"/>											
下肢周径	<input type="checkbox"/>											

項目	1 週目			2 週目			3 週目			4 週目		
	見学	共同参加	実施									
関節可動域検査												
頸部	<input type="checkbox"/>											
体幹	<input type="checkbox"/>											
肩甲帯・肩関節	<input type="checkbox"/>											
肘関節	<input type="checkbox"/>											
手関節/手指	<input type="checkbox"/>											
股関節	<input type="checkbox"/>											
膝関節	<input type="checkbox"/>											
足関節/足趾	<input type="checkbox"/>											
徒手筋力検査												
頸部	<input type="checkbox"/>											
体幹	<input type="checkbox"/>											
上肢	<input type="checkbox"/>											
下肢	<input type="checkbox"/>											
知覚検査												
表在感覚	<input type="checkbox"/>											
深部感覚	<input type="checkbox"/>											
反射検査												
深部腱反射	<input type="checkbox"/>											
病的反射	<input type="checkbox"/>											
その他												
筋緊張検査	<input type="checkbox"/>											
片麻痺機能検査	<input type="checkbox"/>											
高次脳機能検査	<input type="checkbox"/>											
脳神経検査	<input type="checkbox"/>											
協調運動検査	<input type="checkbox"/>											
バランス検査	<input type="checkbox"/>											
整形外科的テスト	<input type="checkbox"/>											
姿勢観察・分析	<input type="checkbox"/>											
動作観察・分析	<input type="checkbox"/>											
自由記載欄(リストに無い項目を記載)												
	<input type="checkbox"/>											
	<input type="checkbox"/>											
	<input type="checkbox"/>											

項目	5週目			6週目			7週目			8週目		
	見学	共同参加	実施									
関節可動域検査												
頸部	<input type="checkbox"/>											
体幹	<input type="checkbox"/>											
肩甲帯・肩関節	<input type="checkbox"/>											
肘関節	<input type="checkbox"/>											
手関節/手指	<input type="checkbox"/>											
股関節	<input type="checkbox"/>											
膝関節	<input type="checkbox"/>											
足関節/足趾	<input type="checkbox"/>											
徒手筋力検査												
頸部	<input type="checkbox"/>											
体幹	<input type="checkbox"/>											
上肢	<input type="checkbox"/>											
下肢	<input type="checkbox"/>											
知覚検査												
表在感覚	<input type="checkbox"/>											
深部感覚	<input type="checkbox"/>											
反射検査												
深部腱反射	<input type="checkbox"/>											
病的反射	<input type="checkbox"/>											
その他												
筋緊張検査	<input type="checkbox"/>											
片麻痺機能検査	<input type="checkbox"/>											
高次脳機能検査	<input type="checkbox"/>											
脳神経検査	<input type="checkbox"/>											
協調運動検査	<input type="checkbox"/>											
バランス検査	<input type="checkbox"/>											
整形外科的テスト	<input type="checkbox"/>											
姿勢観察・分析	<input type="checkbox"/>											
動作観察・分析	<input type="checkbox"/>											
自由記載欄(リストに無い項目を記載)												
	<input type="checkbox"/>											
	<input type="checkbox"/>											
	<input type="checkbox"/>											

項目	1 週目			2 週目			3 週目			4 週目		
	見学	共同参加	実施									
関節可動域エクササイズ												
頸部	<input type="checkbox"/>											
体幹	<input type="checkbox"/>											
肩甲帯・肩関節	<input type="checkbox"/>											
肘関節	<input type="checkbox"/>											
手関節/手指	<input type="checkbox"/>											
股関節	<input type="checkbox"/>											
膝関節	<input type="checkbox"/>											
足関節/足趾	<input type="checkbox"/>											
筋力増強エクササイズ												
頸部	<input type="checkbox"/>											
体幹	<input type="checkbox"/>											
上肢	<input type="checkbox"/>											
下肢	<input type="checkbox"/>											
動作練習												
基本的動作練習	<input type="checkbox"/>											
日常生活動作練習	<input type="checkbox"/>											
歩行動作練習	<input type="checkbox"/>											
バランス練習												
静的バランス練習	<input type="checkbox"/>											
動的バランス練習	<input type="checkbox"/>											
物理療法												
温熱療法	<input type="checkbox"/>											
寒冷療法	<input type="checkbox"/>											
超音波治療	<input type="checkbox"/>											
電気治療	<input type="checkbox"/>											
自由記載欄(リストに無い項目を記載)												
	<input type="checkbox"/>											
	<input type="checkbox"/>											
	<input type="checkbox"/>											
	<input type="checkbox"/>											
	<input type="checkbox"/>											
	<input type="checkbox"/>											
	<input type="checkbox"/>											

項目	5週目			6週目			7週目			8週目		
	見学	共同参加	実施									
関節可動域エクササイズ												
頸部	<input type="checkbox"/>											
体幹	<input type="checkbox"/>											
肩甲帯・肩関節	<input type="checkbox"/>											
肘関節	<input type="checkbox"/>											
手関節/手指	<input type="checkbox"/>											
股関節	<input type="checkbox"/>											
膝関節	<input type="checkbox"/>											
足関節/足趾	<input type="checkbox"/>											
筋力増強エクササイズ												
頸部	<input type="checkbox"/>											
体幹	<input type="checkbox"/>											
上肢	<input type="checkbox"/>											
下肢	<input type="checkbox"/>											
動作練習												
基本的動作練習	<input type="checkbox"/>											
日常生活動作練習	<input type="checkbox"/>											
歩行動作練習	<input type="checkbox"/>											
バランス練習												
静的バランス練習	<input type="checkbox"/>											
動的バランス練習	<input type="checkbox"/>											
物理療法												
温熱療法	<input type="checkbox"/>											
寒冷療法	<input type="checkbox"/>											
超音波治療	<input type="checkbox"/>											
電気治療	<input type="checkbox"/>											
自由記載欄(リストに無い項目を記載)												
	<input type="checkbox"/>											
	<input type="checkbox"/>											
	<input type="checkbox"/>											
	<input type="checkbox"/>											
	<input type="checkbox"/>											
	<input type="checkbox"/>											
	<input type="checkbox"/>											

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に書かせてください。
- ・ 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

