様式１－③　　令和７年度香川県保健師助産師看護師実習指導者講習会

「受講前の事前調査」

URL: https://x.gd/QtGpp

施設名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

回答は、左記 QR コードから入力してください。

提出前確認事項

質問事項済　☐（□に✓をしてください。）

e ラーニング受講専用アドレス　☐　（□に✓をしてください。）

＊様式-1①②と一緒にこの用紙を提出してください。

（参照）QRコードによる調査内容は以下の通りです。＊紙媒体での回答は不要です。

1　臨地実習の実習内容や実習方法等はどう決めていますか。

（　）養成施設と打合せ等を行い実習内容、実習方法等を決めている。

（　）養成施設から依頼された実習内容、実習方法等により実習を行っている。

（　）実習施設において実習内容や実習方法等のプログラムを作成し、養成施設の依頼にあったプログラムにより実習を行っている。

（　）実習内容や実習方法をどう決定しているか知らない。

2　臨地実習の成績の判定はどうしていますか。

（　）臨床実習施設（実習指導者を含む）が判定している。

（　）臨床実習施設（実習指導者を含む）から養成施設へ実習の状況等を報告し、養成施設が判定している。

（　）判定方法は分からない。

3　患者に触れる臨地実習について、実習生は臨床実習を行うための技能等が不足していると感じることはありますか。

（　）臨床実習を行うための技能等の不足を感じる。

（　）時々、臨床実習を行うための技能等の不足を感じる。

（　）臨床実習を行うための技能等の不足は感じない。

不足を感じる技能を記入してください。（　　）

4　実習指導者はどのような体制で指導に当たっていますか

（　）実習指導者として専任として患者を担当せずに指導に関わっている

（　）実習指導者１人に対して実習生 1～2 人程度を担当

（　）実習指導者１人に対して実習生 3 名以上を担当

（　）実習指導における相談窓口を整備している

5　本講習会で達成したい目標を記入してください。（150 字以内）