

基礎看護学実習Ⅲ評価表

茨城県立中央看護専門学校 看護学科3年課程

実習施設	学籍番号	教員印	評価
実習期間 令和 年 月 日 ~ 月 日	学生氏名		

番号	評価項目	評価	
		学生	教員
1	対象理解 看護に必要な情報を収集できる		
2			
3			
4	看護診断 科学的根拠に基づいて、情報の解釈・統合ができる		
5			
6			
7	看護立案 看護上の問題を解決するための目標を設定できる		
8			
9	看護実践 看護計画に基づき、指導を受けながら援助ができる		
10			
11			
12	評価項目 実施した看護援助を事実に基づき正確に報告・記録ができる		
13			
14			
15	とちしての行一動員 看護チームの人々に自ら報告・連絡・相談できる		
16			
17			
18	看護の探求 実習に必要な学習の準備を主体的に実施できる		
19			
20			
評価点 (100点)			

評価の視点に基づき評価する

評価尺度 (番号1~18)

5点	十分にできる
4点	おおむねできる (指導を受けて修正、1回程度の不足)
3点	不足はあるができる (指導を受けて最後までに修正、2~3回程度の不足)
2点	不足がある (指導を受けても修正が難しい、4回以上の不足)

評価尺度 (番号19, 20)

5点	学びと自己の課題について具体的かつ論理的に述べるができる
4点	学びと自己の課題について具体的に記載がある。学びについて具体的かつ論理的述べられているが、自己の課題がない
3点	学びと自己の課題について記載があるが抽象度が高い
2点	学びと自己の課題について記載が十分でない

基礎看護学実習Ⅲ 記録1

患者記号について1例目はA、2例目はBと記入する。

学生番号： _____

患者記号		性別	男・女	年代	歳代	前半 ・ 後半
診断名		入院日			保険の種類	
手術日		手術術式				
既往歴		現病歴（発病～入院～受け持つまで）				
家族構成（年代と前半後半の区別、性別、同一世帯は線で囲む）						
入院前の生活習慣		嗜好品：アルコール				
食：時間		タバコ				
種類		その他				
嗜好						
排泄：排尿回数		趣味：				
排便回数		夜				
使用薬物		信仰：				
清潔：入浴		職業・労働時間				
歯磨き		洗髪				
睡眠： 時～ 時		健康上心がけていること				
治療方針（治療内容とその目的）						
医師からの説明内容			患者・家族の病気や治療についての理解			
入院前の生活環境、地域の特徴						

【健康知覚・健康管理】

情 報 (Sデータ, Oデータ)		アセスメント ①症状・徴候 ②原因・誘因 ③問題の発生時期と経過 ④予測(成り行き)⑤患者のもてる力
<p>【これまでの健康に関する認識】</p> <p><input type="checkbox"/> 既往歴</p> <p><input type="checkbox"/> アレルギー</p> <p><input type="checkbox"/> これまでの健康状態</p> <p><input type="checkbox"/> これまでの健康状態の認識</p>	<p>【現在の健康に関する認識】</p> <p><input type="checkbox"/> 現在の健康状態</p> <p><input type="checkbox"/> 現在の健康状態の認識</p> <p><input type="checkbox"/> 治療や療養内容の理解</p> <p><input type="checkbox"/> 治療や療養における希望</p> <p><input type="checkbox"/> 医療に援助してもらいたいこと</p>	
<p>【健康管理状況】</p> <p><input type="checkbox"/> 喫煙(無・有)</p> <p><input type="checkbox"/> 飲酒(無・有)</p> <p><input type="checkbox"/> 健康のために取り組んでいることはあるか</p> <p><input type="checkbox"/> 症状を自覚したときの行動・対処、その結果</p> <p><input type="checkbox"/> 内服薬(無・有)</p> <p><input type="checkbox"/> 内服薬の管理状況</p> <p><input type="checkbox"/> 全身の外観(髪、皮膚、歯など全般的な健康)</p> <p><input type="checkbox"/> 治療上指示されている自己管理 (無・有)</p> <p><input type="checkbox"/> 服薬や治療上の指示で実行できなかったこと、その理由 (無・有)</p> <p><input type="checkbox"/> 入院中の様子</p>		
<p>【安全対策】</p> <p><input type="checkbox"/> 生活上の安全対策に関する考え方と行動</p> <p><input type="checkbox"/> 感染</p> <p><input type="checkbox"/> 転倒・転落</p> <p><input type="checkbox"/> 環境の安全</p> <p><input type="checkbox"/> 身体損傷</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>		

学生記号: _____

【活動・運動】①

<p style="text-align: center;">情 報 (Sデータ, Oデータ)</p>	<p style="text-align: center;">アセスメント ①症状・徴候 ②原因・誘因 ③問題の発生時期と経過 ④予測(成り行き)⑤患者のもてる力</p>
<p>【身体活動状況】</p> <p><input type="checkbox"/>日常生活に必要な体力</p> <p><input type="checkbox"/>普段の活動レベル 活動制限 無・有 (部位 程度) *問題がある場合は、関節可動域・MMTなどをもとに観察</p> <p><input type="checkbox"/>歩行状態 (歩行時補助具の使用の有無) ふらつき 有・無 めまい 有・無 転倒歴 有・無</p> <p><input type="checkbox"/>姿勢・体位による苦痛 無・有 (どのように)</p> <p><input type="checkbox"/>体位保持のバランスや状況</p> <p>【日常生活動作】 (a以外であれば、なぜ自力で行えないのかを明らかにする/介助方法)</p> <p>●移動動作の状態</p> <p><input type="checkbox"/>ベッド上動作 a自力で自由に動ける b起き上がりができる cつかまれば起き上がれる d寝返りができる eつかまれば寝返りができる f自力ではなく全く動けない gその他 介助方法;</p> <p><input type="checkbox"/>車椅子への移動 a自力で移動ができる b自力では移動できない cその他 介助方法;</p> <p><input type="checkbox"/>歩行 a歩行 b杖・歩行器歩行できる cつかまり歩行できる d歩けない eその他 介助方法;</p> <p>●ADLの状態</p> <p><input type="checkbox"/>食事 a自力で摂取できる b補助具があれば摂取できる cセッティングがあれば摂取できる d自力では摂取できない eその他</p> <p><input type="checkbox"/>入浴</p> <p><input type="checkbox"/>衣服の着脱 a自力ですべてできる b上着の着脱はできる cズボンの着脱はできる dボタンやホックを留める以外はできる e自力で着脱はできない fその他</p>	

学生記号: _____

【活動・運動】②

<p style="text-align: center;">情 報 (Sデータ, Oデータ)</p>	<p style="text-align: center;">アセスメント ①症状・徴候 ②原因・誘因 ③問題の発生時期と経過 ④予測(成り行き)⑤患者のもてる力</p>
<p>【日常生活動作】</p> <p><input type="checkbox"/> 整容 a自分ですべてできる b洗面できる c髪をとかすことができる d自分で整容できない eその他</p> <p><input type="checkbox"/> 排泄 aトイレに行き自分ですべてができる bポータブルトイレで自力でできる c床上で尿便器を使い自力でできる d自力ではできない eその他</p> <p>【活動耐性状況】</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸器系の障害 無・有 咳嗽・喀痰・喀血・喘鳴・呼吸困難・起坐呼吸・SpO2</p> <p><input type="checkbox"/> 循環器系の障害 無・有 動機・胸痛・発作性夜間呼吸困難・浮腫・チアノーゼ その他 普段の血圧</p> <p>【運動習慣】</p> <p><input type="checkbox"/> 運動(頻度、種類、量)</p> <p><input type="checkbox"/> 普段の主な活動 仕事・学校・家事・家人の世話になる・その他</p> <p><input type="checkbox"/> 疲労感 無・有</p> <p><input type="checkbox"/> その他の関連事項</p> <p><input type="checkbox"/> 検査</p>	

学生記号: _____

【認知・知覚】

<p style="text-align: center;">情 報 (Sデータ, Oデータ)</p>	<p style="text-align: center;">アセスメント ①症状・徴候 ②原因・誘因 ③問題の発生時期と経過 ④予測(成り行き)⑤患者のもてる力</p>
<p>【感覚機能】</p> <p><input type="checkbox"/>視覚:問題 無・有 (視力 視野)</p> <p><input type="checkbox"/>聴覚:問題 無・有 補聴器の使用 有・無 (左右 程度)</p> <p><input type="checkbox"/>嗅覚:問題 無・有()</p> <p><input type="checkbox"/>味覚:問題 無・有()</p> <p><input type="checkbox"/>触覚:問題 無・有()</p> <p><input type="checkbox"/>めまい 無・有</p> <p><input type="checkbox"/>ふらつき 無・有</p> <p><input type="checkbox"/>しびれ(知覚障害)</p> <p><input type="checkbox"/>運動障害(麻痺・変形)</p> <p>【認知機能】</p> <p><input type="checkbox"/>物忘れ: 無・有()</p> <p><input type="checkbox"/>意識障害: 無・有 (意識レベル)</p> <p><input type="checkbox"/>見当識障害:無・有(人・場所・時間) あるとすればいつから</p> <p><input type="checkbox"/>言語障害:無・有(失語症・構音障害など、程度) あるとすればいつから</p> <p><input type="checkbox"/>理解力:正常・問題有</p> <p><input type="checkbox"/>疾患に関する知識</p> <p><input type="checkbox"/>その他関連事項</p> <p>【不快症状】</p> <p><input type="checkbox"/>疼痛 有・無 (部位 いつから)</p> <p><input type="checkbox"/>その他不快症状 有・無 (部位 いつから)</p> <p><input type="checkbox"/>生活への影響</p>	

【自己知覚・自己概念】

<p style="text-align: center;">情 報 (Sデータ, Oデータ)</p>	<p style="text-align: center;">アセスメント ①症状・徴候 ②原因・誘因 ③問題の発生時期と経過 ④予測(成り行き)⑤患者のもてる力</p>
<p>【自己概念】 <input type="checkbox"/> 自分のことをどのように思っているのか(肯定的 ・ 否定的)</p> <p><input type="checkbox"/> 今、悩みや不安、恐怖・抑うつなどを感じているか</p> <p><input type="checkbox"/> 自分のボディイメージをどのように受け止めているか</p> <p><input type="checkbox"/> 自己評価・自尊心(自己尊重感)</p> <p><input type="checkbox"/> 病気になった自分をどのように受け止めているか</p> <p>【自尊感情】 <input type="checkbox"/> 自分に対する満足感</p> <p><input type="checkbox"/> 病気になって、自分自身の価値や能力に対する自己評価に変化があった</p> <p><input type="checkbox"/> 会話時の様子</p> <p>【感情の状態】 <input type="checkbox"/> 感情の変化</p> <p><input type="checkbox"/> 状況のコントロールの可否、コントロールできない状況に対して、どのようなことが助けになるのか</p> <p><input type="checkbox"/> その他関連事項</p>	

【役割・関係】

情報 (Sデータ, Oデータ)	アセスメント ①症状・徴候 ②原因・誘因 ③問題の発生時期と経過 ④予測(成り行き)⑤患者のもてる力
<p>【他者との関係】</p> <p><input type="checkbox"/>他者とのコミュニケーションに関する問題</p> <p><input type="checkbox"/>他者への言動、態度</p> <p>【疾病や治療による役割への影響】</p> <p>●家庭</p> <p><input type="checkbox"/>キーパーソン</p> <p><input type="checkbox"/>主に世話をしてくれる人(介護者)</p> <p><input type="checkbox"/>家での役割: 戸主・主婦・隠居・学生・その他</p> <p><input type="checkbox"/>患者の疾患・入院・治療に対しての家族の理解・感じ方</p> <p>●職場</p> <p><input type="checkbox"/>仕事の内容と立場:</p> <p><input type="checkbox"/>やりがい</p> <p><input type="checkbox"/>以前の職業</p> <p><input type="checkbox"/>入院したことで学業・職業・家庭における役割遂行への影響</p> <p>●地域</p> <p><input type="checkbox"/>地域活動や社会活動</p> <p><input type="checkbox"/>家庭・職場・地域などでの役割を、どのように受け止めているか</p> <p><input type="checkbox"/>疾患・治療による役割の変化</p> <p><input type="checkbox"/>その他関連事項</p>	

学生記号: _____

【セクシュアリティ・生殖】

<p style="text-align: center;">情 報 (Sデータ, Oデータ)</p>	<p style="text-align: center;">アセスメント ①症状・徴候 ②原因・誘因 ③問題の発生時期と経過 ④予測(成り行き)⑤患者のもてる力</p>
<p>【生殖機能の状態】</p> <p><input type="checkbox"/>性別</p> <p><input type="checkbox"/>年齢</p> <p><input type="checkbox"/>子 有・無</p> <p><input type="checkbox"/>女性 月経: 有・無 順・不順()</p> <p>月経困難: 無・有(症状:)</p> <p>鎮痛剤の使用: 無・有()</p> <p>最終月経(年 月 日)</p> <p>更年期症状: 無・有</p> <p><input type="checkbox"/>生殖機能に関する満足感</p> <p>【セクシュアリティ】</p> <p><input type="checkbox"/>セクシュアリティに関する満足感</p> <p><input type="checkbox"/>セクシュアリティに変化や問題</p> <p><input type="checkbox"/>結婚、パートナーの有無</p> <p><input type="checkbox"/>妊娠・出産・育児へのサポート体制</p> <p><input type="checkbox"/>その他関連事項</p>	

学生記号: _____

【コーピング・ストレス耐性】

<p style="text-align: center;">情 報 (Sデータ, Oデータ)</p>	<p style="text-align: center;">アセスメント ①症状・徴候 ②原因・誘因 ③問題の発生時期と経過 ④予測(成り行き)⑤患者のもてる力</p>
<p>【ストレスとストレス耐性の関係】</p> <p><input type="checkbox"/>最近、生活上の大きな変化や困難 有・無</p> <p><input type="checkbox"/>ストレスになっているものはあるか 有・無</p> <p><input type="checkbox"/>心配事・状況</p> <p><input type="checkbox"/>ストレスに対する身体的な反応の状態</p> <p>【コーピング】</p> <p><input type="checkbox"/>普段のストレスにはどのように対処しているか その効果</p> <p><input type="checkbox"/>リラックス方法 有・無 具体的な方法</p> <p><input type="checkbox"/>相談できる人は誰か</p> <p><input type="checkbox"/>社会的サポート(地域とのつながり、社会資源の活用)</p> <p><input type="checkbox"/>その他関連事項</p>	

基礎看護学実習Ⅲ 記録3

茨城県立中央看護専門学校 看護学科3年課程

学生番号：_____

看護上の問題

実習場所:

関わりからの気づき	実施経過・結果(患者の反応)	評価・今後の予測

援助関係記録

臨地実習 日目

学生番号：_____

本日、印象に残った場面を振りかえる

【相手の文脈に沿って行動できたか・相手を知る努力はできたか】

【私の言動と患者の言動のやりとりから、分析と考察】

実習場所:

本日の目標

行動計画	関わりからの気づき	実施経過・結果(患者の反応)	評価・今後の予測