|  |
| --- |
| **Skill note**　No. 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日：　 　月　　　日　　　A　・　B　（　　　）G |
| 　学籍番号（　　　　　　　　）氏名（　　　　 　　　　　　　） |
| 技術名 |
| 目的（①安全、②安楽、③自立、④技術の直接目的の①～④を含めた内容にする） |
| 患者の年齢・性別・状態 |
| 必要物品 |
| 行動のポイント | 根拠 | 評価(患者の反応を踏まえた自己の修得状況） |
| 1. 看護の視点 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 2. 物品の準備をする | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 3. 患者の準備をする | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |
|  | 　 | 　 |
|  |
| **Skill note**　No. 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日：　 　月　　　日　　　A　・　B　（　　　）G　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　 　 |
| 　学籍番号（　　　　　　　　）氏名（　　　　 　 　　　　　　　） |
| 行動のポイント | 根拠 | 評価(患者の反応を踏まえた自己の修得状況） |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |
| **Skill note**　No. 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日：　 　月　　　日　　　A　・　B　（　　　）G　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　 　 |
| 　学籍番号（　　　　　　　　）氏名（　　　　 　　　　　　　） |
| 行動のポイント | 根拠 | 評価(患者の反応を踏まえた自己の修得状況） |
| 4. 実施する | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |
|  | 　 | 　 |
| 5. 片付ける | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| **活用した文献**

|  |
| --- |
| 　**患者体験：どのような体験をして、どのようなことを感じ、考えたか。** |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |