

実習生評価表

2026 年度 臨床見学実習

実習施設名 : _____

実習期間 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

学籍番号 : _____

実習生氏名 : _____



理学療法士科

連絡先 03-5605-2930 (代表)

E-mail: tms-pt1@tokyo-medical.ac.jp

1) 基本的資質の評価

- ・ 実習3日目の最終フィードバック時に評価をお願いします。
- ・ 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		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	職員や患者・利用者に対して正しい言葉遣いができる。	2	1	0
6	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
7	知識・技術に対して向上心や探求心を発揮し、自発的に質問できる。	2	1	0
8	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
9	提出物が適切な分量・内容であり、期限を守ることができる。	2	1	0
10	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		

2) 実習の振り返り

- ・ 実習 3 日目の業務時間内に、実習生に実習を通しての振り返りを記載させてください。
- ・ 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記載をお願いします。

実習の振り返り
臨床教育者によるアドバイス

実習施設名 _____

臨床教育者名 _____

3) 出欠表

※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

火	水	木
10/27	10/28	10/29

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