

臨床実習説明書

当施設では、優れた作業療法士の育成に貢献するための一環として、作業療法士学校養成施設の実習生を受け入れております。

今回、学校養成施設：_____の____年生、作業療法学生：_____の臨床実習にあたって
____年 月 日より、____年 月 日までの間、臨床実習指導者である当院作業療法士の指導監督のもとに、作業療法の臨床実習をさせていただきたく存じます。

学生の臨床実習は、以下の内容で行うことを考えております。作業療法士教育の必要性をご理解いただき、ご協力をお願い致します。

1. 臨床実習指導者は、実習生が臨床実習指導者の指導監督のもとに見学・模倣・実施などの方法で臨床実習を行うことについて、あなたあるいはご家族に事前に十分で分かりやすい説明を行い、同意をいただいてから行います。
2. 実習生が臨床実習を行うにあたっては、事前および実施中も臨床実習指導者の指導援助を受け、必要な知識と技術を修得した上で安全性を十分に確保して実施致します。
3. あなたあるいはあなたのご家族は、実習生の臨床実習について、いつでも臨床実習指導者に直接質問することができます。
4. あなたあるいはご家族は、実習生が臨床実習指導者の指導監督のもとに臨床実習を開始した後も、その実施を無条件に辞退することができます。また、辞退したことによって、あなたの作業療法やその他の診療、看護等が不利益になることはありません。
5. 実習生は、臨床実習指導者の指導監督のもとに臨床実習を実施している間、および実習が終了した後も、あなたのプライバシーを保護し、個人的な情報を他へ漏らすことがないよう厳守致します。

年 月 日 臨床実習施設名 _____

施設長名 _____

臨床実習指導者（統括） _____

臨床実習同意書

私(____)は、(学校養成施設：____)の(学生氏名：____)が
(施設名：____)において、臨床実習指導者の指導監督のもとに、見学・模倣・実施などの方法で臨床実習を行うことについて、上記の通りの説明を受け、納得したので協力することに同意します。

年 月 日

患者氏名： _____

代理同意人氏名： _____