

현장실습 체크리스트

실습기관명		교육과정명	
실습생 성명		생년월일	

평가내용		취득점수 (/100점)	합격/ 불합격
기본요양 보호기술	섭취 영양보호		
	배설 영양보호		
	개인위생 및 환경 영양보호		
	체위변경과 이동 영양보호		
	안전 및 감염관련 영양보호		
의사소통 및 여가지원	말벗하기 의사소통 돕기 여가활동 돕기(텔레비전 시청, 음악 듣기 등) 의사소통 및 라포형성 방법		
서비스 이용지원	요양보호 대상자·장소 특성 파악 및 서비스계획 변경 지원 타 직종, 타 서비스와 연계성 이해 업무보고회, 사례검토회 등의 의의와 기능		
요양보호 업무기록 및 지원	기록과 보고의 목적 및 중요성 업무일지 기록 방법 업무 보고 방법		
치매요양 보호기술	치매대상자의 일상생활지원 치매대상자의 문제행동 대처 치매대상자와의 의사소통		
임종 및 호스피스 요양보호기술	죽음 및 임종단계 호스피스의 개요 임종대상자의 영양보호		
응급처치기술	응급처치(골절, 질식, 경련, 화상 등) 기본 소생술		
실습지도자 성명 총평	(서 명)	평균_____점	

*작성방법: 취득점수, 합격/불합격, 실습지도자 성명, 총평 등은 반드시 실습지도자가 자필로 기록할 것

실습 일지

실습부서		날짜	년 월 일
지도자		시간	년 월 일
실습 내용	관찰한 내용		
	수행한 내용		
실습 자가 평가	잘한 점		
	미흡한 점		
	느낀 점 / 건의사항		

실습생 성명: _____

현장실습평가 확인서 양식

요양보호사 현장실습평가 확인서

1. 실습이수자 기본사항

이름	생년월일	교육기관명	교육과정종류

2. 실습기관

시설명	시설종류	주소	연락처

*시설종류는 '시설' 또는 '재가'를 말합니다.

3. 실습지도자

이름	생년월일	소속	직위	담당업무	담당업무 재직기간
					년 월 일 ~ 년 월 일

4. 실습확인

실습기간	년 월 일 ~ 년 월 일					
실습시간	총 시간					
합격 여부			평가점수(평균)			
비 고			실습지도자		(자필서명)	

*합격 여부와 실습지도자 서명은 실습지도자 자필로 작성합니다.

「노인복지법 시행규칙」 제29조의2제2항 및 제29조의9제1항에 따라
위 실습이수자의 현장실습을 확인합니다.

년 월 일

현장실습시설(기관)의 장

요양보호사교육기관의 장

직인