**演習Ⅰ：様式１-１（学生の受持ち患者について－患者の情報）**

施設名　　　　　　　第 　回　　　受講番号　　　　 氏名

※事前レポートの指導を

してくれた方のサイン

所属長サイン　職位　　　　　　 氏名

１　患者の背景・看護の展開

（１）　患者の情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 性別 |  | 年齢 | 　　　　　 |
| 病　　　名 |  |