自施設実習用アセスメントシート①

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設・事業所名 |  | | 職　　名 | |  | 受講者氏名 |  | |
| 施設・事業所の理念 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 事例提供者基本情報 | | | | | | | | |
| 氏名（記号） | Ａ | 性別 |  | | 年齢 |  | 要介護度 |  |
| 認知症高齢者の 日常生活自立度 | |  | 認知症の原因疾患名 | | |  | | |
| 現病名 | | | | 服薬状況 | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| 介護サービスの利用歴（入所期間等含む） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| ご本人の生活上の課題 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 現状の支援目標及びケア内容（現在のケア計画内容） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| アセスメント【課題に影響していると思われる認知機能障害】 | | | | | | | | |
| 代表的な中核症状 | ＊課題に対して、その言動や行動がみられる要因を記入 | | | | | | | |
| 記憶障害 |  | | | | | | | |
| 見当識障害 |  | | | | | | | |
| 思考・判断力の障害 |  | | | | | | | |
| 実行機能障害 |  | | | | | | | |
| 失行 |  | | | | | | | |
| 失認 |  | | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | | |

＊実践者研修受講前準備として、検討したい事例者に対しての太枠部分の情報を記入すること。氏名は「Ａ」で統一する。