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。