

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(この別紙1については別添のひもときシートを参照しながら記入して下さい)

事例の状況

A・事例の状況に対して、あなた自身が困っていること、負担に感じているを具体的に書いてください

B-①・あなたは本人にどんな「姿」や「状態」になってほしいですか？

B-②・そのために当面どのようなことに取り組んでいこうと考えていますか？

あるいは、何か取り組んでいる場合、どのようなことですか？

自施設実習用アセスメントシート②(事例2)

(別紙2)

年齢・性別	歳	男	女	介護サービスの利用歴(入所期間等を含む)	
-------	---	---	---	----------------------	--

要介護度		障害老人自立度		認知症老人自立度	
------	--	---------	--	----------	--

認知症の原因疾患
現病・既往歴
記憶障害(事例から、その言動や行動がみられる要因を記入)
見当識障害(事例から、その言動や行動がみられる要因を記入)
思考、判断力の障害(事例から、その言動や行動がみられる要因を記入)
実行機能障害(事例から、その言動や行動がみられる要因を記入)
失行(事例から、その言動や行動がみられる要因を記入)
失認(事例から、その言動や行動がみられる要因を記入)
服用薬
コミュニケーション能力
性格・気質
生きがい・趣味
生活歴