

岡山県介護支援専門員実務研修課題シート

管理番号 _____

氏名 _____

事例のタイトル：「 _____ 」

1 基本情報

利用者	A	性別		年齢	歳
主 訴	〔相談内容〕				
	〔利用者・家族の生活に対する思い・要望〕				
生活歴・ 生活状況	〔生活歴〕		〔病歴等〕		〔家族状況〕 男性 = <input type="checkbox"/> 女性 = <input type="checkbox"/> 本人 = <input checked="" type="checkbox"/> 等 同居を○で囲む。 〔主治医〕
認定情報	要支援 ()			障害高齢者の日常生活自立度	
	要介護 () : 年 月 日 ~ 年 月 日				
	認定日 : 年 月 日			認知症である高齢者の日常生活自立度	
課題分析 (アセスメント)の理由					
利用者の 被保険者 情報					
現在利用 している サービス					〔経済状況等〕

2 課題分析（アセスメントの）概要

令和 年 月 日実施

健康状態	
A D L	
I A D L	
認 知	
コミュニケーション能力	
社会との交流	
排 尿 排 便	
褥瘡 皮膚の問題	
口腔衛生	
食事摂取	
行動障害	
介 護 力	
居住環境	
そ の 他 特別な状況	
アセスメントのまとめ	