

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 意 向	〔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＝□ 女性＝○ 本人＝◎等 同居を○で囲む。		
			〔主治医〕		
認定情報	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5			日常生活自立度（障害）	
	認定期間： 年 月 日～ 年 月 日			日常生活自立度（認知症）	
認定日： 年 月 日					
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					

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	
認知機能や 判断能力	
コミュニケーションにおける理解と 表出の状況	
生活リズム	
排泄の状況	
清潔の保持に 関する事項	
口腔内の状況	
食事摂取の状況	
社会との関わり	
家族等の状況	
居住環境	
その他 留意すべき事項・ 状況	
アセスメントのまとめ	