

職場実習用アセスメントシート

グループ番号： _____ 受講者氏名： _____ 事業所名： _____

施設事業所の理念

--

対象者情報：

氏名	Aさん	性別		年齢		歳		要介護度	
障害高齢者の日常生活自立度				認知症高齢者の日常生活自立度					
認知症の原因疾患名				介護サービスの利用歴（入所期間を含む）					
現病名									

Aさんについて

【どのような人か】

--

ご本人の生活上の課題

--

現状の支援目標及びケア内容

目標：

ケアの内容：

--

グループ番号： _____ 受講者氏名： _____ 事業所名： _____

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、その言動や行動が見られる要因を記入
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	

グループ番号：

受講者氏名：

事業所名：

アセスメント項目

「本人の生活上の課題」に関係している項目を再アセスメントし、整理する。