**岡山県介護支援専門員実務研修課題シ－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認定期間:　　年　月　日～　　年　月　日 | 日常生活自立度（障害） |  |
| 認定日:　　　　 年　　　月 　 日  | 日常生活自立度（認知症） |  |
| 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 |  |
| ＩＡＤＬ |  |
| 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 |