

研修番号 _____ 担当講師 _____

事前提出事例①

施設・事業所名 _____ 職名 _____ 受講者名 _____

●施設・事業所の理念

--

●事例提供者基本情報(事前に本人又は家族から同意を得、氏名・住所等は記号化すること)

氏名		性別		年齢		要介護度	
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 (入所期間等も含む)							

●利用者の生活に対する意向と生活歴

--

●ADL及び機能・生活等の状況

項目	状態	利用者が困っていること	ケアに困っていること
入浴	自立・一部介助・全介助 ()		
食事	自立・一部介助・全介助 ()		
排泄	自立・一部介助・全介助 ()		
移動	自立・一部介助・全介助 ()		
社会面 <small>(地域・他者交流)</small>			
中核症状			
BPSD			
その他 <small>具体的に記入</small>			

注① 事例対象者は自施設を利用する認知症高齢者とし、実習期間(全6週間)において関わりが十分に持てることが条件となります。

注② 必ず控えをとって原本を研修初日の受付時に提出してください。

注③ 記載する内容については自ら情報収集するとともに、関係職員の意見も参考にしてください。

事前提出事例②

施設・事業所名 _____ 職名 _____ 受講者名 _____

●施設・事業所の理念

--

●事例提供者基本情報(事前に本人又は家族から同意を得、氏名・住所等は記号化すること)

氏名		性別		年齢		要介護度	
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 (入所期間等も含む)							

●利用者の生活に対する意向と生活歴

--

●ADL及び機能・生活等の状況

項目	状態	利用者が困っていること	ケアに困っていること
入浴	自立・一部介助・全介助 ()		
食事	自立・一部介助・全介助 ()		
排泄	自立・一部介助・全介助 ()		
移動	自立・一部介助・全介助 ()		
社会面 <small>(地域・他者交流)</small>			
中核症状			
BPSD			
その他 <small>具体的に記入</small>			

注① 事例対象者は自施設を利用する認知症高齢者とし、実習期間(全 6 週間)において関わりが十分に持てることが条件となります。

注② 必ず控えをとって原本を研修初日の受付時に提出してください。

注③ 記載する内容については自ら情報収集するとともに、関係職員の意見も参考にしてください。