

事業所・施設名		職 名		受講者氏名	
サービス種別		班番号	班	整理番号	30 実 -

施設・事業所の理念

--

事例提供者基本情報

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					

現病名

--

介護サービスの利用歴(入所期間等含む)

--

ご本人の生活上の課題

	※この枠内は講義中に使用するため、事前に記入しないでください
--	---------------------------------------

現状の支援目標及びケア内容

--	--

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、その言動や行動がみられる要因を記入 ※この枠内は講義中に使用するため、事前に記入しないでください		
	介護技術Ⅰ(食事・入浴・排泄等)	介護技術Ⅱ(行動・心理症状)	その他
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			