

施設・事業所名		職 名		受講者氏名	
サービス種別		班番号	班	整理番号	25 実 4 - <input type="text"/>

施設・事業所の理念

事例提供者基本情報

氏名	A さん	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(実習対象者 A さん)の生活上の課題

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。※この枠内は研修 3 日目講義内で記入します。事前に記入しないでください。
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	