自施設実習用アセスメントシート　**研修4日目昼以降の提出** 別紙１

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 20西実 －　　　　　　－ |

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** |
| 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 |  |