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	21 実 西 ー

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	

鉛筆書きのみ可。濃くはっきりと記入する。