

事例概要（事例1）

※このシートの記入にあたっては《ひもときシート(事例概要シート)》を参考にしてください

事例のタイトル

※事例の状況を集約した題名：

I 事例の状況

A 事前課題の対象者とした事例について、あなた自身が困っていること、負担に感じていることなど、具体的に記入してください

B-① あなたは本人にどのような「姿」や「状態」になってほしいですか？

B-② そのために、当面どのようなことに取り組んでいこうと考えていますか？
また、取り組んでいる場合、どのようなことですか？

| Ⅱ 事例概要 | | | | | | | | |
|-------------|--------|--|-------------------------------|---------------------------------|--------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 年齢・性別 | | （ 歳） <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | 家族構成 | | | | |
| 入所（利用）開始日 | | 年 月 | | ◎＝本人 ○＝女性 □＝男性 ●■＝死亡（同居家族等○で囲む） | | | | |
| 要介護度 | | | | | | | | |
| 障害老人自立度 | | | | | | | | |
| 認知症老人自立度 | | | | | | | | |
| ADLの状態 | ①食事の様子 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | | | <input type="checkbox"/> 全介助 | ②排泄の様子 | <input type="checkbox"/> 自立 |
| | ③移動の様子 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | ④着脱の様子 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | ⑤入浴の様子 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | ⑥整容の様子 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 認知症の原因疾患 | | | | | | | | |
| 現病・既往歴 | | | | | | | | |
| 服用薬 | | | | | | | | |
| コミュニケーション能力 | | | | | | | | |
| 性格・気質 | | | | | | | | |
| 生きがい・趣味 | | | | | | | | |
| 生活歴 | | | | | | | | |

※ご記入にあたっては、個人情報の取り扱いには十分に留意していただくようお願いいたします。