

岡山県介護支援専門員実務研修課題シート

管理番号

氏名

事例のタイトル：「

」

1 基本情報

利 用 者	A	性別		年齢	歳
主 訴	〔相談内容〕				
	〔利用者・家族の生活に対する思い・要望〕				
生活歴・ 生活状況	〔生活歴〕		〔病歴等〕		〔家族状況〕 男性＝□ 女性＝○ 本人＝◎等 同居を○で囲む。
					〔主治医〕
認定情報	要支援（ ）			障害高齢者の日常生活自立度	
	要介護（ ）： 年 月 日～ 年 月 日				
	認定日： 年 月 日			認知症である高齢者の日常生活自立度	
課題分析 （アセスメント）の理由					
利用者の 被保険者 情 報					
現在利用 している サービス					

2 課題分析（アセスメントの）概要

令和 年 月 日実施

健康状態	
A D L	
I A D L	
認 知	
コミュニケーション能力	
社会との交流	
排尿排便	
褥瘡 皮膚の問題	
口腔衛生	
食事摂取	
行動障害	
介護力	
居住環境	
その他 特別な状況	
アセスメントのまとめ	