**自施設実習用アセスメントシート（４日目に持参）**

【様式１】

**※白紙の場合は、研修を受講することができません。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **施設・事業所名** | |  | | **職　　名** |  | | | | **受講者氏名** | |  |
| **施設・事業所の理念** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **事例提供者基本情報** | | | | | | | | | | | |
| **氏　名** |  | | **性　別** |  | | **年　齢** | **歳** | **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** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **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** | | | | | | | | | |
| **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** | |  | | | | | | | | | |

**自施設実習用アセスメントシート（４日目に持参）**

【様式２】

|  |
| --- |
| **①　認知機能障害・薬の副作用・疾患による影響** |
| **②　体調不良や痛みによる影響** |
| **③　性格や精神的苦痛による影響** |
| **④　音や光など感覚刺激による影響** |
| **⑤　人からの関わりによる影響** |
| **⑥　物理的環境による影響** |
| **⑦　アクティビティ（活動）による影響** |
| **⑧　生活歴によって培われたものによる影響** |