|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　名 |  | 氏　名 |  | 認知症介護経験年数 | 　　　年　　月様式２ |
| 施設・事業所名 |  | 施設種別 |  |
| 施設・事業所の理念 |
|  |
| 実習対象者基本情報 |
| 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】【既往歴】 |
| 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 |
| 令和４年度新潟県認知症介護実践者研修（第１回・長岡地区） |
| 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 |  |

令和４年度新潟県認知症介護実践者研修（第１回・長岡地区）