|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 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】  【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２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２年度新潟県認知症介護実践者研修（第１回・長岡地区）