**【様式１】**

**職場実習用アセスメントシート　１**　　（**後期日程開始前までに記入すること**）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設・  事業所名 |  | 受講者職名  受講番号・氏名 |  |

施設・事業所の理念

|  |
| --- |
|  |

事例提供者基本情報

〈記入上の留意事項〉

研修を通じて、個人名（利用者名、家族・親族名、担当介護職員名、事業所名など）を伏せるとともに、

イニシャルで表示する際も、特定できない（「利用者Aさん」、「長男Bさん」、「担当介護職員C」、「D介護

事業所」）などと記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | Aさん | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | | 要介護度 |  |
| 認知症高齢者の日常自立度 | |  | | 認知症の原因疾患名 | |  | | |
| 持病名・既往歴 | | | | 介護サービスの利用歴（入所期間等含む） | | | | |
| 生活歴 （以前の仕事・性格・趣味・興味のあること・親しい友人・近隣との関係・好きな食べ物・嫌いなこと苦手なこと・等） | | | | | | | | |
| ご本人の生活に対する意向と生活上の課題 | | | | | | | | |
| 現状の支援目標及びケア内容 | | | | | | | | |

ＡＤＬ・ＩＡＤＬ及び機能・生活等の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　目 | 状　態 | 利用者が困っていること | ケアに困っていること |
| 入　浴 | 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助  （　　　　　　　　　 ） |  |  |
| 食　事 | 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助  （　　　　　　　　　 ） |  |  |
| 排せつ | 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助  （　　　　　　　　　 ） |  |  |
| 移　動 |  |  |  |
| 家　事 |  |  |  |
| 金銭管理 |  |  |  |
| 社会交流 |  |  |  |
| 日常生活における認知症状の影響 |  |  |  |
| その他 |  |  |  |