|  |  |
| --- | --- |
| 受講者氏名： | 所属事業所名： |
| 個人情報の使用に関して |
| 対象者ご本人、ご家族の同意を得て、事業所の了解のもと、本実習に限り個人情報を使用します。 |
| 事業所責任者 　　　㊞ | 受講者 　　　㊞ |
| 基 本 情 報 シ ー ト |
| 対象者イニシャル： | 年齢： | 性別： |
| 要介護度： | 障害等級 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度： |
| 障害高齢者の日常生活自立度： |
| 既往歴： |
| 服薬内容： |
| 認知症の症状 |  |
| 中核症状 |
| ＢＰＳＤ |
|  |
| ①移動（屋内・外出） |
|  |
| ②身支度（更衣・整容） |
|  |
| ③食事（口腔ケア含む） |
|  |
| ④排泄 |
|  |
| ⑤入浴等の清潔保持 |
|  |
| ⑥睡眠 |
|  |
| ⑦コミュニケーション |
|  |
| ⑧対人関係 |
|  |
| ⑨家事 |
|  |
|  |
| 趣味・生きがい・興味のあること |
| 余暇の過ごし方 |
| 役割（家庭・社会） |
| その他に参加していること |

|  |  |
| --- | --- |
| 住居 |  |
| 生活に必要な福祉用具 |  |
| 経済状況 |  |
| 家族関係 |  |
| 介護の状況 |  |
| サービスの利用状況 |  |
| その他 |  |
|  |
| 生活歴（出生から現在に至るまで。暮らしの出来事。） |
|  |
| 性格・個性 |
|  |
| 習慣 |
|  |
| その他 |
|  |

|  |
| --- |
| 事業所の理念 |
|  |
| 現状の支援目標 |
|  |
| 現状のケア内容 |
|  |

【メモ欄】