|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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】