様式①

　　　　　　　　　　　　自施設実習用アセスメントシート　　**ＦＡＸ：078-271-5366**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設・事業所名 |  | 職種 |  | 受講者名 |  |

* 施設・事業所の理念

|  |
| --- |
|  |

* 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 | | | |
| 介護サービス利用歴（入所期間等含む） | | | |

* 対象者に今、何が起きているのか　【本人の困り事、希望、言動等】

|  |
| --- |
|  |

* アセスメント　【対象者の今に影響していると考えられる認知機能障害】

|  |  |
| --- | --- |
| 代表的な中核症状 | 現状に対して、どのような症状があるか、具体的な場面を記入 |
| 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 |  |

※　対象者は、A、Ｂ、介護職は介A、介Ｂ、看護師は看A、看Ｂと表記すること。