|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講番号 |  | 科目名 | アイテムを選択してください。 |
| 受講者名 |  |

基本情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者名 | 様 | | | 性　　別 |  | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 住　　所 |  | | | 電話番号 |  | | |
| 受付日時 |  | 受付対応者 |  | | 受付方法 | |  |
| 主　　訴 | 【主訴】 | | | | | | |
| 【本人・家族の要望】  （本人）  （家族） | | | | | | |
| 生活状況 | 【現在の生活状況，生活歴等】 | | | 【家族の状況】 | | | |
| 日常生活  自 立 度 | 障害高齢者 |  | | 認知症高齢者 | |  | |
| 介護保険 | 要介護度（　　　　　　　　）　　　要支援度（　　　　　　　　） | | | | | | |
| 医療保険 |  | | | | | | |
| 生活保護 |  | | | | | | |
| 身体障害者手帳 |  | | | | | | |
| その他  手帳等 |  | | | | | | |
| 課題分析（アセスメント）の理由 | 初回　　認定更新　　区分変更　　退院　　退所　　状態の著変　　その他（　　　　　　） | | | | | | |
| 特記事項 |  | | | | | | |

困難の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 困難の種類  困難の対象 | 病気 ・ 難病 ・ ターミナルケア ・ 緩和ケア ・ 行動障害  　精神障害 ・ 知的障害 ・ 介護力 ・ 虐待 ・ アルコール  　居住環境 ・ 経済問題 ・ 消費問題 ・ 必要以上のクレーム  　その他(　　　　　　 　　　)  　家族 ・ 親戚 ・ 隣人 ・ 知人 ・ 民生委員 ・ ケアマネ(自分以外)  　サービス事業所 ・ 病院 ・ 行政 ・ 地域包括支援センター  　その他(　　　　　　 　　　)　＊該当するものを○で囲む。複数可。 |
| 困難の状況  ・経過や対応等を具体的に書きます。 |  |
| 自分が  思ったこと  感じたこと |  |
| その他 |  |