

自施設実習用アセスメントシート

【様式1】

施設・事業所名		職名		受講者氏名	
---------	--	----	--	-------	--

施設・事業所の理念

--

事例提供者基本情報

氏名		性別		年齢	歳	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

--

介護サービスの利用歴(入所期間等含む)

--

ご本人の生活上の課題

--

現状の支援目標及びケア内容

--

アセスメント【課題に影響していると思われる認知機能障害】

代表的な中核症状	* 課題に対して、その言動や行動がみられる要因を記入
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	

自施設実習用アセスメントシート

① 認知機能障害・薬の副作用・疾患による影響

② 体調不良や痛みによる影響

③ 性格や精神的苦痛による影響

④ 音や光など感覚刺激による影響

⑤ 人からの関わりによる影響

⑥ 物理的環境による影響

⑦ アクティビティ(活動)による影響

⑧ 生活歴によって培われたものによる影響