

|            |  |                                                                     |  |                         |  |                                         |  |
|------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|-----------------------------------------|--|
| 事業所名       |  | 職名                                                                  |  | 受講 No                   |  | 受講者氏名                                   |  |
| 施設・事業所の理念  |  | ご本人の生活上の課題                                                          |  | 現状の支援目標・ケア内容            |  |                                         |  |
| 病名と発症時期等   |  |                                                                     |  | ADL                     |  |                                         |  |
| 服薬状況       |  |                                                                     |  | 具体的な様子                  |  |                                         |  |
| 中核症状       |  | 具体的な様子                                                              |  | 身体機能                    |  | 具体的な様子                                  |  |
| 記憶障害       |  |                                                                     |  | 歩行                      |  |                                         |  |
| 見当識障害      |  |                                                                     |  | 座位                      |  |                                         |  |
| 理解・判断力の低下  |  |                                                                     |  | 立ち上がり                   |  |                                         |  |
| 実行機能障害     |  |                                                                     |  | 四肢の動き                   |  |                                         |  |
| 失行         |  |                                                                     |  | 聴力                      |  |                                         |  |
| 失語         |  |                                                                     |  |                         |  |                                         |  |
| 失認         |  |                                                                     |  | ご本人が笑顔になる場면을言葉で表現してください |  |                                         |  |
| 個人因子       |  | 日々関わっている中で、「この人らしい暮らし方（良い表情・嬉しそう。穏やかな姿等）」の場面を、<br>ご本人を想像しながら記入しましょう |  |                         |  | IADL                                    |  |
|            |  |                                                                     |  |                         |  | 具体的な様子                                  |  |
|            |  |                                                                     |  |                         |  | 調理                                      |  |
|            |  |                                                                     |  |                         |  | 掃除                                      |  |
|            |  |                                                                     |  |                         |  | 洗濯                                      |  |
|            |  |                                                                     |  |                         |  | 買い物                                     |  |
|            |  |                                                                     |  |                         |  |                                         |  |
|            |  |                                                                     |  |                         |  | 環境因子                                    |  |
|            |  |                                                                     |  |                         |  | ●物理的環境：福祉用具・住環境など      ●社会的環境：制度・サービスなど |  |
|            |  |                                                                     |  |                         |  | ●人的環境：家族・友人・近隣住民・支援者など                  |  |
| ご本人がしていること |  |                                                                     |  | ご本人がしていないこと             |  |                                         |  |
| できていること    |  | 場合によってしている                                                          |  | 場合によってはできそう             |  | できないこと                                  |  |
|            |  | それはどのような時か                                                          |  |                         |  |                                         |  |
|            |  |                                                                     |  |                         |  |                                         |  |