

演習シート①

情報整理シート

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

健康状態

病名と発症時期

服薬状況

参加

身体機能

具体的な様子

ADL

できること・しているいこと

歩行

座位

立ち上がり

四肢の動き

聴力

視力・視野

食事

排泄

入浴

整容

更衣

行っていないけどできそうなこと

中核症状

具体的な様子

記憶障害

見当識障害

理解・判断力の低下

実行機能障害

失行

失語

失認

IADL

できること・しているいこと

調理

掃除

洗濯

買い物

ご本人の絵をかきましょう

環境因子

●物理的環境：福祉用具・住環境等

●人的環境：家族・友人・近隣住民・支援者等

●社会的環境：制度・サービス等

個人因子

●年齢・性別・民族・生活歴・生活習慣・価値観等