1.研修協力者基本情報シート

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講番号 |  | 受講者氏名 |  | 印 |
|  |
| Ⅰ．研修協力者の状況（３００字程度） |
|  |
| Ⅱ．受講生自身が感じている研修協力者の課題 |
|  |
| Ⅲ．研修協力者の概要 |
| 年齢・性別 | 　　　　　歳代　　　　□ 男　　　　□ 女 |
| 学歴・職歴 |  |
| 家族構成 |  |
| 認知機能 |  |
| 要介護度 | □要支援１　 □要支援２　 □要介護１　 □要介護２　 □要介護３　 □要介護４　□要介護５　 □認定外 |
| 日常生活自立度 | 障害高齢者　自立度　　 | □自立　 □Ｊ１　 □Ｊ２　 □Ａ１　 □Ａ２　 □Ｂ１　 □Ｂ２□Ｃ１ □Ｃ２ |
| 認知症高齢者自立度 |  □Ⅰ　 □Ⅱａ　 □Ⅱｂ　 □Ⅲａ　 □Ⅲｂ □Ⅳ　 □Ｍ |
| ＡＤＬの状態 | ①食事の様子 | □自立　 □一部介助　 □全介助 |
| ②排泄の様子 | □自立　 □一部介助　 □全介助 |
| ③移動の様子 | □自立　 □一部介助　 □全介助 |
| ④着脱の様子 | □自立　 □一部介助　 □全介助 |
| ⑤入浴の様子 | □自立　 □一部介助　 □全介助 |
| ⑥整容の様子 | □自立　 □一部介助　 □全介助 |

※本シートは、認知症ケア高度化事業『ひもときシート』を参考に作成しています

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症の診断名 |  □アルツハイマー型認知症　 □レビー小体型認知症 □前頭側頭型認知症　　　 　 □血管性認知症 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） □不明 |
| 現病・既往歴 | 【現病歴】 |
| 【既往歴】 |
| 服用薬 |  |
| ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ能力 |  |
| 性格・気質 |  |
| 生きがい・趣味 |  |
| 生活歴 |  |
| 人間関係 |  |
| 本人の意向 |  |
| 研修協力者の事例が発生した場所 | □介護老人福祉施設　□介護老人保健施設　□介護療養型病床□デイサービス　　　□デイケア　　　　　□小規模多機能型居宅介護□グループホーム　　□一般病床　　　　　□精神科病棟□地域　□自宅　　　□その他（　　　　　　　　　　） |

※本シートは、認知症ケア高度化事業『ひもときシート』を参考に作成しています