

事例検討シート1

提出者氏名	受講番号	グループ	所属機関
			<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> その他()

提出者(又は相談者)の状況	事例提出者 (全員記入)	相談者 (相談事例の場合のみ記入)
介護支援専門員としての実務経験年数	年 ヶ月	年 ヶ月
介護支援専門員以外の保有資格		

<input type="checkbox"/> 担当事例 <input type="checkbox"/> 相談事例	関わりのきっかけ	本事例の担当(又は相談を受けてからの)期間
---	----------	-----------------------

事例タイトル(事例内容をうまく表すような標題をつけてください)

事例の提出理由「なぜ、この事例を選んだのか」

 「検討・研究課題」(何を検討したいのか)

平成 年 月の時点での利用者の(相談事例の場合は、相談者が担当している利用者の)情報

利用者の仮称 ()	性別(男・女)年齢(歳)	世帯状況 : 独居・()人家族
要介護認定	未申請・申請中・自立・要支援()・要介護()・不明	
障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	

利用者の被 保険者情報	医療保険: 身体等障害手帳:	年金等: その他:
生活歴・ 家族状況	生活歴	家族状況(ジェノグラム表記)
	病歴	現病歴

ADL	IADL
利用しているサービス	

利用者・家族の意向及び目標