

		受講申込み者氏名：	
受講者の情報	基礎資格：	ケアマネジャー 経験年数	年 月 日

◎基本情報に関する項目

受付年月	年 月	受付担当者	
受付経路			
氏 名	Aさん		
年齢・性別	T ・ S 年 月 ●日生 歳 男 ・ 女		
認定情報		負担割合	
障害老人の 日常生活自立度		認知症である老人の 日常生活自立度	
保険・他法利用			
現在利用している サービス			
主訴 生活に対する意向			
ジェノグラム		エコマップ	
経過			

引っ掛かりを感じた部分 振り返りをしたい部分	
---------------------------	--

◎アセスメントに関する項目

健康状態	
ADL	
IADL	
認知	
コミュニケーション 能力	
社会との関わり	
排尿・排便	
スキントラブル	
口腔衛生	
食事摂取	
問題行動	
介護力	
居住環境	
特別な状況	