**事例検討用インテークシート**

**事例提供者氏名：**

**タイトル：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情報(フェイスシート) | | | | | | | | |
| 利用者氏名： | | | | | 性別： | | 年齢：　　才 | |
| 家族構成 | | | | | ジェノグラム（※主たる介護者もしくはキーパーソンに○） | | | |
|  | | | | |  | | | |
| 既往症・現症 | 発症年月 | | | 医療機関名 | | | | 医師名 |
|  |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| 現在使用している薬剤 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 要介護状態区分 | | 障害高齢者の日常生活  自立度判定基準 | | | | 認知症高齢者の日常生活  自立度判定基準 | | |
| □要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５ | | □自立　□Ｊ１　□Ｊ２　□Ａ１　□Ａ２　□Ｂ１　□Ｂ２　□Ｃ１□Ｃ２ | | | | □自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa□Ⅲb　□Ⅳ　□Ｍ | | |
|  | | |  | | |  | | |
| 相談に至った経緯 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| インテーク情報 | | | | | | | | |
| 主訴(困りごと・要望)　※本人・家族別々に　なるべく“語り”そのままに | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 健康(疾患)について | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 心身機能 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| ＡＤＬ | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 個性・生活史 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 環境(人的・物理的・制度的) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |