

ケアマネジャーの属性

受講		氏名	
----	--	----	--

事例() 事例番号(、)を括弧内に記入して下さい

(タイトル)

ケアマネジャーがこの事例を検討したいと思った理由

--

ケアマネジャーが把握している利用者の状況

利用者名		年齢		性別	
介護支援専門員の 関わりのきっかけ				援助 期間	
本人と家族の 要望 (困っていること)					

(家族)

家族構成図		(続柄・年齢・就業など)
	同居	
	別居	

(医療における疾病・治療・入院歴)

年月	内容

要介護度		障害の有無	身障・知的()級・度
自立度	J・A1・A2・B1 B2・C1・C2	主な障害・ 疾病の現状	
痴呆度	無・・a・b a・b・・	認知症の 状況	
日常生活 動作	移動		
	食事		
	排泄		
	入浴		
	更衣		
	その他		
家事			
経済状態	(推定月収)	万円	(財産)
住居の 状況			

(初回面接時の利用サービス等の内容：医療サービス、インフォーマル・サポート等を含む)

種類	頻度	主な内容	利用者との関係	ケアネとの関係

初回面接

年月日	年 月	場所		同席者	
初回面接の要約				特記事項(ケアマネジャーのコメント)	
<p>(本人のセルフケア力、家族を含めたインフォーマル・サポートの現状については、必ず記載すること)</p>					

初回面接の逐語録（利用者・関係者とのやりとりと状況説明）

（はじめの10分）

（中略）

（終りの10分）

