

◆ケアマネジャーの属性◆

受講No.		氏名	
-------	--	----	--

事例( ) ※事例番号 (Ⅰ、Ⅱ) 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	
認知症度	無・I・II a・II b III a・III b・IV・V	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）

