演習シート１

ご本人の絵をかきましょう

情報整理シート

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 職 名 | 受講No | 受講者氏名 |

|  |
| --- |
| 病名と発症時期等 |
|  |
| 服薬状況 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 身体機能 |  |
| 歩行 |  |
| 座位 |  |
| 立ち上がり |  |
| 四肢の動き |  |
| 聴力 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ADL | 具体的な様子 |
| 食事 |  |
| 排泄 |  |
| 入浴 |  |
| 整容 |  |
| 更衣 |  |
|  |  |
| IADL | 具体的な様子 |
| 調理 |  |
| 掃除 |  |
| 食事 |  |
| 買い物 |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 中核症状 | 具体的な様子 |
| 記憶障害 |  |
| 見当識障害 |  |
| 理解・判断力の低下 |  |
| 実行機能障害 |  |
| 失行 |  |
| 失語 |  |
| 失認 |  |

|  |
| --- |
| 個人因子 |
| 年齢・性別・民族・生活歴・生活習慣・価値観等 |

|  |
| --- |
| 環境因子 |
| 物理的環境：福祉用具・住環境等 社会的環境：制度・サービス等  人的環境：家族・友人・近隣住民・支援者等 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設・事業所の理念 | ご本人の生活上の課題 | 現状の支援目標・ケア内容 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 好きなこと・やりたいこと・趣味 | できること（しているいこと） | 行っていないけどできそうなこと | できないこと | 嫌なこと・嫌いなこと・やりたくないこと |
|  |  |  |  |  |