

演習シート①

情報整理シート

事業所名	職名	受講 No	受講者氏名
------	----	-------	-------

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

病名と発症時期等
服薬状況

ADL	具体的な様子
食事	
排泄	
入浴	
整容	
更衣	

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	

身体機能	具体的な様子
歩行	
座位	
立ち上がり	
四肢の動き	
聴力	

IADL	具体的な様子
調理	
掃除	
洗濯	
買い物	

個人因子	
年齢・性別・民族・生活歴・生活習慣・価値観など	

ご本人が笑顔になる場面を言葉で表現してください

環境因子	
●物理的環境：福祉用具・住環境など	●社会的環境：制度・サービスなど
●人的環境：家族・友人・近隣住民・支援者など	

ご本人がしていること			ご本人がしていないこと	
できていること	場合によってしている		場合によってはできそう	できないこと
		それはどのような時か		