【フェースシート】受講番号：（　　　　　　　　　　　　　　）

事例提供者　氏名：（　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　検討日時：　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事例のタイトル |  | 支援期間：　　　ケ月 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名及び年齢　氏名（　　　　　　　　　）  年齢　　　　　　歳　前半・後半 | | | | | 住所 | | |
| 障害者手帳 | 有（身体・療育・精神）・無  　等級（　　　　　　）級 | | | | 心身の状況  疾患名等 |  | |
| 要介護度 |  | | | |
| 障害支援区分 |  | | | |
| 家族 | 続柄 | | 氏名 | 年齢 | 職業・学校 | 同居・別居 | 特記事項 |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
| 【この事例を選定した理由】 | | | | | 【家族構成】年齢・主介護者・他の介護者・  インフォーマルサポート等記入、同居者は－線で表示 | | |
| 【現在受けているサービス（訪問介護・デイサービス等）】 | | | | | | | |
| 【生活の状況】 | | | | | | | |
| 経済状況 | |  | | | | | |
| 住居 | |  | | | | | |
| 健康状態 | |  | | | | | |
| ADL | |  | | | | | |
| IADL | |  | | | | | |
| ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ | |  | | | | | |
| 機器の使用 | |  | | | | | |
| 日中の過ごし方 | |  | | | | | |
| 対人関係 | |  | | | | | |
| 【生活歴】 | | | | | | | |

【支援の体制】

１．家族や親族：

２．福祉サービス：

３．地域との関係：

４．１週間の過ごし方

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 6:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 0:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1:00 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 【検討会で検討してほしい課題】 |