

事例検討シート1

| | | | |
|-------|------|------|--|
| 提出者氏名 | 受付番号 | グループ | 所属機関 |
| | | | <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> その他 () |

| | | |
|-------------------|-----------------|----------------------|
| 提出者（又は相談者）の状況 | 事例提出者 （全員記入） | 相談者 （相談事例の場合のみ記入） |
| 介護支援専門員としての実務経験年数 | 年 月 | 年 月 |
| 介護支援専門員以外の保有資格 | | |

| | | |
|---|----------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> 担当事例 <input type="checkbox"/> 相談事例 | 関わりのきっかけ | 本事例の担当（又は相談を受けてからの期間） |
|---|----------|-----------------------|

事例タイトル（事例内容をうまく表すような標題をつけてください）

事例の提出理由「なぜ、この事例を選んだのか」

「検討・研究課題」（何を検討したいのか）

平成 年 月の時点での利用者の（相談事例の場合は、相談者が担当している利用者の）情報

| | | |
|------------------------|--------------------------------------|-------------------|
| 利用者の仮称（ さん） | 性別（男・女）年齢（ 歳） | 世帯状況：独居・（ ）人家族 |
| 要介護認定 | 未申請・申請中・自立・要支援（ ）・要介護（ ）・不明 | |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立・Ⅰ ・Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ・M | |
| 利用者の被 保健者情報 | 医療保険： 身体等障害手帳： | 年金等： その他： |
| 生活暦・ 家族状況 | 生活暦 | 家族状況（ジェノグラム表記） |
| 病歴 | 既往暦 | 現病歴 |
| ADL | IADL | |
| 利用しているサービス | | |
| 利用者・家族の意向及び目標 | | |

事例検討シート2

提出者氏名 ()

①【インテーク】

| 受付月 | 年 | 月 | 来談者 | 方法 |
|-----|---|---|-----|----|
|-----|---|---|-----|----|

支援を開始した経緯等（依頼の経路・経過など）

主訴（相談内容）

②【事例の概要】（担当事例は支援経過、相談事例は実施したスーパービジョンの内容・経過の概要など）

③【追加情報】（上記以外に必要な利用者または利用者を担当している相談者の情報）