

01\_基本情報\_基本情報に関する項目 (1 / 1)

受講する研修： <input type="checkbox"/> 課程Ⅰ <input type="checkbox"/> 課程Ⅱ	受講コース：	受講番号：
受講者氏名：	提出事例作成日：	年 月 日

受付年月	平成 年 月	受付担当者	
年齢		性別	
主訴			
生活歴 生活状況		家族状況	
病歴	疾病名	主治医	
		服薬状況	
障害高齢者の日常生活自立度			認知症である高齢者の日常生活自立度
認定情報			
アセスメント理由			
利用者の被保険者情報等			
現在利用しているサービス			

- < 事例作成の際の注意事項 >
1. 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(A さん、区在住、C 居宅介護支援事業所…等)を使用してください。
  2. 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
  3. 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。