

# 〔 認知症相談 〕

年      月      日

イニシャル	男・女	才	ケアマネジャー(相談者) 氏名	
主介護者続柄 (家族構成)	要介護度	ケアマネジャー事業所名 (生活歴)		
(既往症)				
(服薬内容)		食事		
		排泄		
		清潔		
		歩行		
(1日の流れ)				
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 				
(サービス利用状況)			(問題行動)	

(経過)

○担当してから困りごとが出た経過 概要

○ご本人が困っているところ

○生活の安全性（車・金銭管理・火の取り扱い・生命の危機に関すること）

○家族が困っているところ

○周囲（特に生活圏域・近隣）が困っているところ

○支援者が困っているところ

○本人の強み（能力で維持されている部分含めて記載）

○地域の強み・家族の強み（社会資源で活用できそうなところや家族との連絡状況）

(相談内容)

支援者として解決したい内容を詳しく記載

(先生からのコメント)