

専門研修課程Ⅱ事前準備書類(自己事例の場合)

A

フリガナ		介護支援専門員番号(8桁)							
氏名									
受講会場 ※該当するものに○	Aコース ・ Bコース ・ Cコース								

事例が該当する類型に ☐ をつけて下さい。(重複可)

- ☐ 脳血管疾患のある方のケアマネジメント
- ☐ 認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント
- ☐ 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント
- ☐ 心疾患のある方のケアマネジメント
- ☐ 誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント
- ☐ 看取り等における看護サービスの活用に関する事例
- ☐ 家族への支援の視点や社会資源の活用に向けた関係機関との連携が必要な事例のケアマネジメント

事例選択の理由

事例の支援において困難と感じた事又は感じている事

事例検討で協議したい事

長崎県介護支援専門員協会（転用禁止）

添付書類

23 項目チェックリスト(指定様式)

当該事例の居宅・施設サービス計画書（第1表～第3表）、介護予防計画書 いずれか一つ※

アセスメントシートまたは利用者基本情報・基本チェックリスト いずれか一つ※

※個人情報削除の上、提出をお願い致します。

ただし、計画作成者氏名は削除せずそのまま提出ください。