事例研究（検討）提出シート

様式２

事例の報告にあたっては、特定の個人を識別できる情報について最大限の改変を行う等、十分な配慮をお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事例提出者氏　名** |  | **所属先名** | |  | | | | |
| **事例概要** |  | | | | | | | |
| **■病名** | | | ■性別 | |  | | ■年齢 |  |
|  | | | ■発症年 | | | （ 年 月 日）  □　不明 | | |
| **■相談経緯** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **■援助対象者についての情報** | | | | | | | | |
| **◇　直接把握した本人（家族）の情報**  **体に関すること**  **身体状況、ＡＤＬ（食、排泄、入浴）など**  **障害状況**  **□記憶障害　□注意障害　□遂行機能障害**  **□社会的行動障害**  **□易怒性　□対人技術拙劣**  **□感情コントロール**  **□意欲低下　□病識欠如　□脱抑制**  **□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）**  **□失語症　□失行　□失認**  **～下記に具体的なエピソードを書いて下さい。**  **（生活状況や検査結果など分かる範囲で構いません）**  **心や気持ちに関すること（家族とのコミュニケーションなど）**    **社会的側面に関すること（経済状況など）** | | | | | | | | |
| **■連携機関** | | | | | | | | |
| **□　病院　　　　　　　　　　　　　　　□　働き暮らし応援センター**  **□　行政窓口　　　　　　　　　　　　　□　生活支援センター**  **□　地域包括支援センター　　　　　　　□　計画相談事業所**  **□　作業所　　　　　　　　　　　　　　□　就労移行事業所**  **□　介護保険事業所　　　　　　　　　　□　滋賀障害者職業センター**  **□　滋賀県立むれやま荘　　　　　　　　□　家族会（脳外傷友の会　しが）**  **□　県立リハビリテーションセンター　　□　高次脳機能障害支援センター**  **□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | | | | |
| **■アセスメント** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **■支援課題** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **■備考** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

※この様式は、ホームページにてダウンロード可能です。アドレス　http://glow.or.jp/facility/

提出期限：令和４年１１月１２日研修当日持参

ご不明な点があれば事務局まで遠慮なくご連絡ださい。（担当：　田邉・小西川・佐藤）