受講番号　　　　　　施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **年齢** |  | **性別** |  |
| **介護度** |  |
| **自立度****（障害・認知度等）** |  |
| **既往病現歴** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **項目** | **現在の状況** | **気になることや本人の思い** | **備考** |
| **健康状態** |  |  |  |
| **移動・移乗** |  |  |  |
| **食事摂取** |  |  |  |
| **排泄・排便** |  |  |  |
| **社会との****関わり** |  |  |  |
| **環境** |  |  |  |
| **生活歴** |  |  |  |
| **その他** |  |  |  |

＜以下の項目は必須です＞

