

事例紹介票

記入日：令和 年 月 日

事例タイトル

事例提供者		氏名		所属		職種	
事例の概要	(だれが、いつ、どこで、なにを、どの程度、どのようにしたか、これまでの対応など)						
	氏名		様	性別	生年月	M T (S) 年	月生まれ
本人基本情報	虐待の種類および危険レベル	<input type="checkbox"/> 身体的	<input type="checkbox"/> 心理的	<input type="checkbox"/> ネグレクト	<input type="checkbox"/> 経済的	<input type="checkbox"/> 性的	<input type="checkbox"/> その他
		<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	()
	住居環境・世帯の状況など						
	要介護状態区分等認定情報				日常生活自立度判定基準	寝たきり認知症	<input type="checkbox"/> 不明
	障害情報	身障	知障	精障	難病		<input type="checkbox"/> 不明
	収入	本人	円/年	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 借金あり(返済)	円/年)	<input type="checkbox"/> 不明
		世帯	円/年	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 借金あり(返済)	円/年)	<input type="checkbox"/> 不明
	主病名および主な既往歴	主病名	主な既往歴				
	精神状況	<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 知的障がい	<input type="checkbox"/> 精神障がい	<input type="checkbox"/> 人格の偏り	<input type="checkbox"/> 不明	
	意思決定能力	<input type="checkbox"/> 判断能力あり	<input type="checkbox"/> 判断能力なし	<input type="checkbox"/> 不明			
現状への意識	<input type="checkbox"/> 問題意識あり	<input type="checkbox"/> 問題意識なし	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 不明			
解決方法として望んでいること							
サービス利用状況	フォーマル	インフォーマル					
養護者の状況	氏名	様	性別	年齢	才	同居等の状態	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	身体状況	<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 病弱	<input type="checkbox"/> 身体障がい	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 不明	
	精神状況	<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 知的障がい	<input type="checkbox"/> 精神障がい	<input type="checkbox"/> 依存症	<input type="checkbox"/> 人格の偏り	<input type="checkbox"/> 不明
	経済状況	収入	円/年	<input type="checkbox"/> 借金あり	<input type="checkbox"/> 失業中	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 不明
	家族関係	<input type="checkbox"/> 円満	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> 仲が悪い	<input type="checkbox"/> 家族構成が複雑	<input type="checkbox"/> 不明	
	介護負担	<input type="checkbox"/> 感じていない	<input type="checkbox"/> 感じている	<input type="checkbox"/> とても感じている	<input type="checkbox"/> 協力がなく孤立	<input type="checkbox"/> 不明	
	介護理解、知識	<input type="checkbox"/> 知識・情報の不足	<input type="checkbox"/> 理解の不足	<input type="checkbox"/> サービス利用への抵抗感	<input type="checkbox"/> 不明		
家族の状況など	家族構成図			家族の状況・ヒストリー			
残された課題							