

「第4章-2 脳血管疾患のある方のケアマネジメント」

事例概要		受講番号	—		受講者氏名							
利用者情報	性別	男	女	年齢	才	要介護状態区分	要介護	1	2	3	4	5
[このテーマに沿った事例のタイトル]												
[生活全般に対する意向]						[生活歴]						
[事例の概要]												
[脳血管疾患を中心としたニーズ]												
本人:						家族、友人等:						
[医療情報—脳血管疾患を中心に]												
診断名			発症年			<input type="checkbox"/> 受診頻度: <input type="checkbox"/> 受診方法: <input type="checkbox"/> 受診時の同行者の有無: 有 無 <input type="checkbox"/> 疾病に対する理解(病識): 有 無 <input type="checkbox"/> 服薬内容:						
[この事例(脳血管疾患)を担当しての「悩み」、「事例の課題」、「良かったこと」など]												
[この事例(脳血管疾患)からの学び、他の事例でも活かせると思うこと]												

「第4章-3 認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメント」

事例概要		受講番号	—		受講者氏名							
利用者情報	性別	男	女	年齢	才	要介護状態区分	要介護	1	2	3	4	5
[このテーマに沿った事例のタイトル]												
[生活全般に対する意向]						[生活歴]						
[事例の概要]												
[認知症を中心としたニーズ]												
本人:						家族、友人等:						
[医療情報—認知症を中心に]												
診断名			発症年		<input type="checkbox"/> 受診頻度: <input type="checkbox"/> 受診方法: <input type="checkbox"/> 受診時の同行者の有無: 有 無 <input type="checkbox"/> 疾病に対する理解(病識): 有 無 <input type="checkbox"/> 服薬内容:							
1												
2												
3												
[この事例(認知症)を担当しての「悩み」、「事例の課題」、「良かったこと」など]												
[この事例(認知症)からの学び、他の事例でも活かせると思うこと]												

「第4章-4 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント」

事例概要			受講番号	—	受講者氏名							
利用者情報	性別	男	女	年齢	才	要介護状態区分	要介護	1	2	3	4	5
[このテーマに沿った事例のタイトル]												
[生活全般に対する意向]						[生活歴]						
[事例の概要]												
[大腿骨頸部骨折を中心としたニーズ]												
本人:						家族、友人等:						
[医療情報—大腿骨頸部骨折を中心に]												
診断名			発症年		<input type="radio"/> 受診頻度: <input type="radio"/> 受診方法: <input type="radio"/> 受診時の同行者の有無: 有 無 <input type="radio"/> 疾病に対する理解(病識): 有 無 <input type="radio"/> 服薬内容:							
1												
2												
3												
[この事例(大腿骨頸部骨折)を担当しての「悩み」、「事例の課題」、「良かったこと」など]												
[この事例(大腿骨頸部骨折)からの学び、他の事例でも活かせると思うこと]												

「第4章-5 心疾患のある方のケアマネジメント」

事例概要		受講番号	—	受講者氏名								
利用者情報	性別	男	女	年齢	才	要介護状態区分	要介護	1	2	3	4	5
[このテーマに沿った事例のタイトル]												
[生活全般に対する意向]						[生活歴]						
[事例の概要]												
[心疾患を中心としたニーズ]												
本人:						家族、友人等:						
[医療情報—心疾患を中心に]												
診断名			発症年		<input type="checkbox"/> 受診頻度: <input type="checkbox"/> 受診方法: <input type="checkbox"/> 受診時の同行者の有無: 有 無 <input type="checkbox"/> 疾病に対する理解(病識): 有 無 <input type="checkbox"/> 服薬内容:							
[この事例(心疾患)を担当しての「悩み」、「事例の課題」、「良かったこと」など]												
[この事例(心疾患)からの学び、他の事例でも活かせると思うこと]												

「第4章-6 誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメント」

事例概要		受講番号	—		受講者氏名							
利用者情報	性別	男	女	年齢	才	要介護状態区分	要介護	1	2	3	4	5
〔このテーマに沿った事例のタイトル〕												
〔生活全般に対する意向〕						〔生活歴〕						
〔事例の概要〕												
〔誤嚥性肺炎を中心としたニーズ〕												
本人：						家族、友人等：						
〔医療情報—誤嚥性肺炎を中心に〕												
診断名		発症年		<input type="checkbox"/> 受診頻度： <input type="checkbox"/> 受診方法： <input type="checkbox"/> 受診時の同行者の有無： 有 無 <input type="checkbox"/> 疾病に対する理解(病識)： 有 無 <input type="checkbox"/> 服薬内容：								
〔この事例(誤嚥性肺炎)を担当しての「悩み」、「事例の課題」、「良かったこと」など〕												
〔この事例(誤嚥性肺炎)からの学び、他の事例でも活かせると思うこと〕												