フェースシート【受講者用】

日付　令和　　　年　　　月　　　日

所属

氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護支援専門員以外の資格等 |  | |
| 簡単な職歴 | 【例：平成２２年よりデイサービスに勤務し、生活相談員として従事。平成２７年より居宅介護支援事業所に勤務。】 | |
| 介護支援専門員としての経験年数 | | 年 |
| 所属機関の種類  （いずれかに〇） | 居宅介護支援事業所  A．特定事業所加算Ⅰ  B．特定事所加算Ⅱ  C．特定事業所加算Ⅲ  D. 特定事業所加算A  E．加算なし | |
| これまでに実践した分野  （いずれかに〇）  ※複数回答可 | １．生活の継続及び家族等を支える基本的なケアマネジメント  ２，脳血管疾患のある方のケアマネジメント  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  ４．大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメント  ５．心疾患のある方のケアマネジメント  ６．誤嚥性肺炎予防のケアマネジメント  ７．看取り等における看護サービスの活用に関する事例  ８．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  との連携が必要なケアマネジメント  ９．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 今後、学びたい分野 | 上記より番号を記入　※複数回答可（　　　　　　　　　　） | |

年齢　　　才　　性別（男性・女性）