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ⅠB．特定事所加算ⅡC．特定事業所加算ⅢD. 特定事業所加算AE．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）