

事例報告書【募集分野（特に指定ありません）】
※お困りになっている事例をぜひご応募ください。

日本認知症ケア学会北海道地域部会 事例検討会に下記の事例を応募します。

応募締切 **2022年5月19日（木）**

提出先： 郵送又はメールにてお申し込みください。
 〒004-8631 北海道札幌市厚別区大谷地西 2-3-1 北星学園大学内
 日本認知症ケア学会北海道地域部会事務局 （担当：田辺）
 メールアドレス：tanabe@hokusei.ac.jp

事例応募の注意事項：

- ・ 事例発表者は、研修会当日は必ずご参加ください。
- ・ 応募された事例は、北海道地域部会にて審査のうえ決定します（審査結果は後日連絡）。
- ・ 応募された事例は、返却不可です。
- ・ 個人情報保護に十分配慮してください。
- ・ 記入欄が小さい場合は改行して広くご使用ください。または添付書類等をつけてください。

認知症ケア専門士単位（採用者のみ）：+3単位 取得できます。〔計8単位〕
上級認知症ケア専門士の受験資格（4-1）を満たすことができます。
ぜひご応募ください。

提出日： 年 月 日

テーマ							
(フリガナ)							
事例発表者氏名							
会員の種別* (当てはまるものにレ印)	<input type="checkbox"/> 日本認知症ケア学会学会員（会員番号記入） <input type="checkbox"/> 認知症ケア専門士（認知症ケア専門士 No. 記入） <input type="checkbox"/> 一般						
会員番号および 認知症ケア専門士 No. (左詰で記入)	日本認知症ケア学会 会員番号						
	認知症ケア専門士 No.						
職業分野 (当てはまるも <u>1つ</u> にレ印)	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 社会福祉	<input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> リハビリ	<input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> その他	職	種		
所属先名称							
連絡先住所	〒						
	TEL :						
	FAX :						
	E-mail :						

* 一般の方でもご応募いただけます。

事 例

事例タイトル	
解決しようとした 問題状況	
ケアを行っている場所	
報告者との関係など	
事例紹介 (参考：性、年齢、身長・体重、既往歴、現病歴、服薬、治療の実際、要介護度、日常生活動作能力、家族構成、家族関係、生活歴、生活環境、好みなど)	
アセスメント (問題や課題の情報収集・分析)	
ケア計画と実践	
評 価	