

実践の振り返り提出シート（様式）

※プライバシー保護の観点から個人等を特定できる情報の記入はしないでください。（例 名前はイニシャルではなく、登場人物順にA、B、Cと機械的につけるなど、配慮を願います。）

※ 該当する項目にチェックをしてください。

事例提出者 氏名		所属 (事業所名)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援C <input type="checkbox"/> 居宅支援事業所 <input type="checkbox"/> その他
保有資格 (基礎資格)	<input type="checkbox"/> 保健師・看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ()	支援対象 ケアマネ 保有資格 (基礎資格)	<input type="checkbox"/> 保健師・看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ()
事例 区分	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 大腿骨頸部骨折 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> 看取り等における看護サービス <input type="checkbox"/> 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		
■事例のタイトル → どういった相談事例なのかを総称するタイトルをつけてください			
■事例の概要（全体像）			