|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **令和７年度愛知県介護支援専門員専門・更新研修【課程Ⅱ】**  **様式①**  **提出事例（事例表紙）** | | | |
| **受講生番号** |  | グループ番号 | **グループ** | |
| **氏名** |  | 発表順 | **番目** | |
| 「グループ番号」「発表順」は研修当日にご記入ください。 | | | | |
| 演習第１日目 | 月　　　　　日 | 演習第3日目 | 月　　　　　日 | |
| 演習第2日目 | 月　　　　　日 | 演習第4日目 | 月　　　　　日 | |

**【事例について】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科目番号 | 科目名 | 提出する科目に〇を記入 |
|
|
|
| A | 誤嚥性肺炎の予防のケアマネジメントに関する事例 |  |
| B | 大腿骨頸部骨折のある方のケアマネジメントに関する事例 |  |
| C | 脳血管疾患のある方のケアマネジメントに関する事例 |  |
| D | 認知症のある方及び家族等を支えるケアマネジメントに関する事例 |  |
| E | 心疾患のある方のケアマネジメントに関する事例 |  |
| F | 看取り等における看護サービス活用に関する事例 |  |
| G | 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事例 |  |

**【事例を提出する際の注意点】**

必要書類を全て揃え、空欄がないように全ての書類に記入が済んでいますか。

本様式（様式➀「事例表紙」）の事業所名、管理者氏名に記入が済んでいますか。

個人情報は全て消してありますか。

**【管理者サイン】　※現任でなく、確認する管理者等がいない場合や、自身が管理者である場合は、その旨を余白に記入し、空欄で提出しないようにしてください。**

**事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名**