利用者名　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　担当ケアマネージャ名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定情報:  　新規・変更・更新 | | 申請日: | | 認定調査実施日・実施者: | | | |
| 要介護度:  要支援・要介護 | | 認定日: | | 認定期間:  ～ | | | |
| □介護保険申請書 | □介護保険証(写) | | □負担割合限度額証 | | □主治医意見書 | □認定調査表 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目  実施日  メモ等 | | | アセスメント | | | 主治医連携 | | | 担当者会議 | | | | | 入退院連携 | | |
| 長期計画  予防計画 | | | 期間 | | | | | | | | | | | | | |
| 短期計画  期間 | | | (1) | | | (2) | | | | (3) | | | | (4) | | |
| 計  画  書 | |  |  | | |  | | | |  | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | |  | | |
| 利用票(控) | | | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | | 月 | | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 |
| 報  告  書 |  | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| ﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞ日  評価日 | | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 入退院メモ  加算・連携  メモ | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |
| 事業所名 | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 内容 | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 担当者名 | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 連絡先TEL | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |
| メモ | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |

※要支援の方は短期は記入不要、評価日を記入する

※支援経過は２ページを１ページで印刷する割付で印刷する。　　　　　　　　　　　　　　あんしん村ケアプランチェックシートver7