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