

ふくせんモニタリングシート (訪問確認書)

実施日	月	日	AM・PM	<input type="checkbox"/> 訪問	<input type="checkbox"/> 電話
前回実施日	年	月	日		
お話を伺った人	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 他()				
作成者					
次回予定日	年	月	頃		

フリガナ		支援事業所		担当 ケアマネジャー	
利用者氏名	様	介護度	認定期間	～	

利用目標	
------	--

	利用福祉用具(品目) 機種(型式)	利用開始日	使用状況の問	点検	点検結果	備 考
①			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
②			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
③			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
④			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
⑤			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
⑥			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
⑦			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
⑧			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	

身体状況の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 悪化		生活状況の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 悪化	
お気持ちの変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		ご家族の状況の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 悪化	

ご利用者・ご家族への聞き取り

使いにくさ、使用中に困ったこと	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一部あり <input type="checkbox"/> あり	
ご利用者、ご家族の希望など	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> どちらとも言えない <input type="checkbox"/> 不満足	

目標達成度	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	
-------	--	--

今後の方針	<input type="checkbox"/> 再説明 <input type="checkbox"/> 再アセスメント <input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 修理交換 <input type="checkbox"/> 変更提案	見直しの必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
-------	---	---------	--

<div style="background-color: #ffff00; padding: 2px;"> 専門相談員による総合確認の結果(自由記載) </div> <div style="height: 150px;"></div>	<p style="text-align: right;">管理番号:00000</p> <p>以上、利用後の <input type="checkbox"/> 訪問確認 <input type="checkbox"/> 電話確認 をいたしました</p> <p style="text-align: right;">_____年 ____月 ____日</p> <p>事業所: _____</p> <p>作成者: _____</p> <p>住 所: _____</p> <p>連絡先: _____</p>
---	--