

# ふくせん モニタリングシート (訪問確認書)

管理番号

モニタリング実施日	年	月	日
前回実施日	年	月	日
お話を伺った人	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 他( )
確認手段	<input type="checkbox"/> 訪問	<input type="checkbox"/> 電話	
事業所名			
福祉用具専門相談員			
事業所住所			
TEL			

フリガナ		居宅介護支援事業所		担当 ケアマネジャー	
利用者名	様	要介護度		認定期間	～

福祉用具利用目標	目標達成状況	
	達成度	詳細
1	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	
2	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	
3	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	
4	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	

	利用福祉用具(品目) 機種(型式)	利用 開始日	利用状況 の問題	点検結果	今後の 方針	再検討の理由等
①			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続	
			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 再検討	
②			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続	
			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 再検討	
③			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続	
			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 再検討	
④			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続	
			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 再検討	
⑤			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続	
			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 再検討	
⑥			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続	
			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 再検討	
⑦			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続	
			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 再検討	
⑧			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続	
			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 再検討	

利用者等の変化					
身体状況・ADL の変化	<input type="checkbox"/> なし		介護環境① (家族の状況) の変化	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> あり			<input type="checkbox"/> あり	
意欲・意向等の 変化	<input type="checkbox"/> なし		介護環境② (サービス利用 等)・住環境の 変化	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> あり			<input type="checkbox"/> あり	

総合評価		
福祉用具 サービス 計画の 見直しの 必要性	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> あり	

次回実施予定日 年 月 日