

# ふくせん モニタリングシート (訪問確認書)

管理番号	_____ ( ____ / ____ 枚)		
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	

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	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
			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討	
			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討	
			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討	
			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討	
			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討	
			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討	
			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討	
			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 継続 <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