

ケアマネジメントシート（短期集中通所サービス用）

《作成者》

作成日 年 月 日

事業所名		担当者名	
------	--	------	--

《基本情報》

ふりがな		性別	男 ・ 女	
氏名		生年月日	T・S 年 月 日	
住所		電話		
認定情報	事業対象者 ・ 要支援1 ・ 要支援2 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日《前回の要介護度》 （事業対象者のときは、基本チェックリスト実施日）			
基本チェックリスト該当項目	運動 ・ 栄養 ・ 口腔 ・ 物忘れ ・ 閉じこもり ・ うつ			
緊急連絡先	氏名		続柄	
	住所・連絡先	電話		

《利用にあたり留意すべき病歴・既往歴》

年月日	病名	医療機関名	電話	備考

《課題・目標》

日常生活上の課題	
課題に対する目標 (サービスを利用しての目標)	

《サービス利用》

事業所名		電話	
利用予定		自己負担	・ その他の世帯（1回300円） ・ 生活保護世帯（0円）

【地域包括支援センター記入欄】	
名称	確認欄
地域包括支援センター	

<p>【利用者記入欄】 本ケアマネジメントの内容、及び、個人情報を必要な範囲で関係機関（サービス事業者、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、堺市等）に提示することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏名（署名）_____</p>
--

《モニタリング結果》

目標	達成 ・ 未達成	サービス	終了 ・ 継続
作成者の評価			
今後の方針			