ケアプラン点検対象事例提出表

事例名：

**１．対象事例**　記入日　　　年　　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | 性　　別 | 男　・　女 |
| 住　　　　所 | 　　　　　市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 要介護度 | □　要支援１　□　要支援２□　要介護１　□　要介護２　□　要介護３　□　要介護４　□　要介護５ |
| 利用開始月 | 　　　年　　　月　から |

**２．事例について　（以下の質問にお答えください。）**

|  |
| --- |
| 選定された事例のケアマネジメント業務で、あなたが特に重要と考えている項目は何ですか。 |
| □アセスメント業務　　　　　　　　　　　□ケアプラン作成について□サ－ビス担当者会議　　　　　　　　　　□モニタリングについて□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| この事例において、利用者の自立に繋がる支援をどのようにされてきましたか。（理由を具体的に） |
|  |

**３．提出書類チェック表　（提出漏れのないように、用紙のサイズはA4にしてください）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 書類の名称（全て写しで可） | 注意事項 |
|  | 自己チェツク表 | 提出時にケアプランを自己点検 |
|  | 基本情報・アセスメント表（　　　　　） | （　）に使用アセスメント用紙を記載 |
|  | 課題整理総括表 |  |
|  | 居宅サービス計画書(1)「第１表」 | 利用者へ交付し、署名があるもの |
|  | 居宅サービス計画書(2)「第２表」 |  |
|  | 週間サービス計画表「第３表」 |  |
|  | サービス担当者会議の要点「第４表」 | サ－ビス開始時と直近のもの |
|  | 居宅介護支援経過「第５表」 | 認定期間１２～２４か月のもの |
|  | サービス利用票「第６表」 |  |
|  | サービス利用票別表「第７表」 |  |
|  | 介護サ－ビス計画書（　　　　　　　　） | サ－ビス事業所から提供を受けたもの |

**届出日：　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出受付確認日**

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護支援事業所名 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |