実施確認票

□介護支援専門員による事業所の紹介、調整等

利用者名

担当者名

居宅介護支援事業所名

所在地

面談日（電話による相談も可）　　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| アセスメント |  |
|  |
|  |
|  |

※事業所様式の添付でも可

|  |  |
| --- | --- |
| 課題分析の  結果 |  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 援助方針と  サービス内容 |  |
|  |
|  |
|  |

介護支援専門員による事業所の紹介、調整等について、上記の内容の説明を受け、承諾しました。

　　　年　　月　　日　　利用者又は申請者　署名

実施確認票

* 訪問介護及び訪問入浴介護

　１　下記のカレンダーの訪問介護・訪問入浴介護をした日に、事業者のサービスを実施した担当者の印を押してください。

　２　カレンダー内の（　　　）に、実施したサービスを以下のＡ～Ｅで記入してください。

Ａ　身体介護　　Ｂ　生活援助　　Ｃ　通院等乗降介助　　Ｄ　訪問入浴介護

　　　年　　　月分

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （　　　）曜日 | （　　　）曜日 | （　　　）曜日 | （　　　）曜日 | （　　　）曜日 | （　　　）曜日 | （　　　）曜日 |
| １  （　　　） | ２（　　　） | ３（　　　） | ４（　　　） | ５（　　　） | ６（　　　） | ７  （　　　） |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ８  （　　　） | ９（　　　） | 10（　　　） | 11（　　　） | 12（　　　） | 13（　　　） | 14（　　　） |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 15  （　　　） | 16  （　　　） | 17  （　　　） | 18  （　　　） | 19  （　　　） | 20  （　　　） | 21（　　　） |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 22  （　　　） | 23  （　　　） | 24  （　　　） | 25  （　　　） | 26  （　　　） | 27  （　　　） | 28（　　　） |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 29  （　　　） | 30  （　　　） | 31  （　　　） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

* 福祉用具貸与（　　年　　月分）

　利用月の貸与期間がわかるように記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 福祉用具の種類 | 期　　間 | 利用料 | 本人負担額 |
|  | 月　　　日～　　月　　日 | 円 | 円 |
|  | 月　　　日～　　月　　日 | 円 | 円 |
|  | 月　　　日～　　月　　日 | 円 | 円 |

* 福祉用具購入（　　年　　月分）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 福祉用具の種類 | 納品日 | 利用料 | 本人負担額 |
|  | 月　　　日 | 円 | 円 |
|  | 月　　　日 | 円 | 円 |
|  | 月　　　日 | 円 | 円 |