

お悩み解決！訪問 訪問報告シート

令和 年 月 日

ケアマネジャー	
---------	--

利用者		様	のケースについて
-----	--	---	----------

①利用者主訴

--

②自身のケアマネジメントや利用者・家族に対して効果のあったこと

ケアマネジメントに効果のあったこと	利用者・家族・事業所に対して効果のあったこと
<input type="checkbox"/> アセスメントの着眼点を増やすことができた <input type="checkbox"/> 自立阻害要因を明確にできた <input type="checkbox"/> 疾患からの身体状況を把握できた <input type="checkbox"/> 具体的・達成可能な目標設定ができた <input type="checkbox"/> その他ケアマネジメント力の向上につながった	<input type="checkbox"/> 本人の自立意欲を高められた <input type="checkbox"/> 本人・家族も気付いていなかった可能性を引き出した <input type="checkbox"/> ニーズに沿った活動の機会を提案できた <input type="checkbox"/> サービス提供にあたっての具体的な依頼ができた <input type="checkbox"/> その他利用者の自立支援につなげることができた
気づき・感想 []	

専門職への要望

--

③訪問した専門職以外に意見・助言を求めた職種または介入が必要と思われる職種

<input type="checkbox"/> (管理) 栄養士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 精神科医師 <input type="checkbox"/> 他 ()
--

意見・助言を求めた内容や介入が必要な理由

--

④介護保険サービスを利用しない場合は、その理由

<input type="checkbox"/> 本人が必要性感じていない <input type="checkbox"/> 提案できる通いの場や移動手段、サービス等の不足 <input type="checkbox"/> 家族が必要性感じていない <input type="checkbox"/> サービス利用にかかる費用の問題 <input type="checkbox"/> タイミングを検討中 <input type="checkbox"/> 他 []

⑤今回のケースに関して、地域に不足していると感じる資源や、市に必要なサービス・制度等

--

⑥今回のケースの今後の同行訪問予定（担当者会議、モニタリング、評価等）

予定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定	日程		頃		目的	
----	---	----	--	---	--	----	--