

〇〇医院 □□先生 御侍史

平素は格別のご高配を賜り、深く御礼申し上げます。担当させて頂いております（ _____ 様）について、〇月のご家庭での生活状況、介護サービスの利用状況をご報告させていただきます。

■要介護認定について

要介護認定期間	要介護〇（平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日）
---------	-------------------------

■利用中のサービスについて

サービス種別	事業所名	利用回数等	備考

■ケアプラン（短期目標）について

短期目標	プラン実施状況	目標達成状況	特記事項
〇〇〇	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施できない時もある <input type="checkbox"/> 実施せず	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし（維持） <input type="checkbox"/> 悪化	
〇〇〇	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施できない時もある <input type="checkbox"/> 実施せず	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし（維持） <input type="checkbox"/> 悪化	
〇〇〇	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施できない時もある <input type="checkbox"/> 実施せず	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし（維持） <input type="checkbox"/> 悪化	

■状態変化について

項目	評価	特記事項
日常生活自立度	障害： _____ 認知症： _____	
長谷川式スケール	〇点（〇年〇月〇日実施）	
健康状態	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし（維持） <input type="checkbox"/> 悪化	
ADL	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし（維持） <input type="checkbox"/> 悪化	
IADL	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし（維持） <input type="checkbox"/> 悪化	
認知症の症状	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし（維持） <input type="checkbox"/> 悪化	
社会交流・意欲・楽しみ	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし（維持） <input type="checkbox"/> 悪化	
介護者	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし（維持） <input type="checkbox"/> 悪化	
その他		

利用者の服薬状況
<input type="checkbox"/> 薬が大量に余っている <input type="checkbox"/> 複数回分の薬を一度に服用している <input type="checkbox"/> 利用者が薬の服用を拒絶している <input type="checkbox"/> 使い切らないうちに新たな薬が処方されている
口腔や栄養の状況
<input type="checkbox"/> 口臭や口腔内出血がある <input type="checkbox"/> 体重の増減が推測される「見た目の変化」がある <input type="checkbox"/> 食事量や食事回数に変化がある
その他の身体状況等
<input type="checkbox"/> 下痢や便秘が続いている <input type="checkbox"/> 皮膚が乾燥していたり湿疹等がある <input type="checkbox"/> リハビリの提供が必要と思われる状態であるにもかかわらず提供されていない
その他

上記のサービス内容や療養状況などについてご不明な点やご意見などがございましたら、ご多忙中大変恐縮ではありますが、右記担当者までご連絡頂けましたら幸いと存じます。今後ともご指導・ご鞭撻のほど、よろしくお願い致します。

〇〇ケアプランセンター
管理者：〇〇 担当者：〇〇
TEL： _____ FAX： _____
作成日： _____