

令和3年度老人保健健康増進等事業で作成された各種様式

- 「介護保険における福祉用具の利用安全を推進するための調査研究事業」(一般社団法人日本福祉用具供給協会)
  - ・ 事故報告書
  
- 「サービスの質の向上に向けた福祉用具貸与計画書における項目の標準化に関する調査研究事業」(一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会)
  - ・ 福祉用具サービス計画書(基本情報)
  - ・ 計画プロセスシート
  - ・ 福祉用具サービス計画書(利用計画)
  - ・ モニタリングシート(訪問確認書)

# 事故報告書 (福祉用具貸与事業所→〇〇市(町村))

様式例

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること

※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

第1報  第 \_\_\_\_\_ 報  最終報告

提出日：西暦 年 月 日

1	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )															
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日									
2	法人名																
	事業所(施設)名									事業所番号							
	所在地																
3 対象者	氏名・年齢・性別	氏名					年齢		性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性						
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者								
	住所																
	住宅の状況	自宅	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸				<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅( 階)										
			<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建て以上 <input type="checkbox"/> その他( )														
	身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1		<input type="checkbox"/> 要支援2		<input type="checkbox"/> 要介護1		<input type="checkbox"/> 要介護2		<input type="checkbox"/> 要介護3		<input type="checkbox"/> 要介護4		<input type="checkbox"/> 要介護5		<input type="checkbox"/> 自立
認知症高齢者 日常生活自立度		<input type="checkbox"/> I		<input type="checkbox"/> IIa		<input type="checkbox"/> IIb		<input type="checkbox"/> IIIa		<input type="checkbox"/> IIIb		<input type="checkbox"/> IV		<input type="checkbox"/> M			
4 事故の概要	発生日	西暦		年		月		日		時		分頃(24時間表記)					
	発生場所	自宅	<input type="checkbox"/> 居間 <input type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 浴室				<input type="checkbox"/> 洗面・脱衣所 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> ベランダ・バルコニー										
			<input type="checkbox"/> 玄関内 <input type="checkbox"/> 玄関外 <input type="checkbox"/> 勝手口 <input type="checkbox"/> 庭				<input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> 自宅以外( )				<input type="checkbox"/> その他( )						
	発生場所	施設	<input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 食堂等共用部				<input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外										
			<input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他( )														
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 挟み込み <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 不明															
		<input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他( )															
	提供種目	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 認知症徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置															
		<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 移動用リフト															
	貸与品	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他( )															
<input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ																	
貸与品	商品名																
	TAISコード					当該商品の貸与開始年月	西暦		年		月						
発生時状況、 事故内容の詳細																	
事故情報の把握方法	<input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員による聞き取りもしくは発見 <input type="checkbox"/> 利用者本人からの連絡																
	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員からの連絡 <input type="checkbox"/> 家族等の介護者からの連絡																
その他 特記すべき事項	<input type="checkbox"/> 他介護サービス事業所からの連絡 <input type="checkbox"/> その他( )																

5 事 故 発 生 時 の 対 応	発生時の対応							
	受診方法	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	受診先	医療機関名				連絡先(電話番号)		
	診断名							
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	検査、処置等の概要							
6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況							
	家族等への報告	報告した家族等の続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子、子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
		報告年月日	西暦	年	月	日		
	連絡した関係機関(連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体    自治体名 ( ) <input type="checkbox"/> 警察    警察署名 ( ) <input type="checkbox"/> その他    名称 ( )						
	本人、家族、関係先等への追加対応予定							
7 事 故 の 原 因 分 析 (本人要因、介護者要因、福祉用具利用方法要因、福祉用具製品要因、環境要因の分析)	(できるだけ具体的に記載すること)							
	連携先	<input type="checkbox"/> メーカー <input type="checkbox"/> レンタル卸 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
8 再 発 防 止 策 (手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等)	(できるだけ具体的に記載すること)							
9 そ の 他 特 記 す べ き 事 項								
10 添 付 資 料 (必要に応じて)	<input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 検証結果報告書 <input type="checkbox"/> その他 ( )							

# ふくせん 福祉用具サービス計画書 (基本情報)

管理番号	(No. )
作成日	
福祉用具 専門相談員名	

フリガナ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
利用者名	様	M・T・S 年 月 日			~
住所				TEL	
居宅介護支援事業所				担当ケアマネジャー	

<b>意欲や意向・相談内容</b>	<input type="checkbox"/> 利用者から確認した <input type="checkbox"/> 家族・介護者から確認した
利用者の意欲・意向、今困っていること（福祉用具に期待することなど）	

<b>疾病・疾患</b>	
<b>禁忌・注意事項 ・服薬情報等</b>	

<b>身体状況・ADL</b>		( 年 月 ) 現在	
身長	cm	体重	kg
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらない ことができる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらない ことができる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらない ことができる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
座位	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 自分の手で支 えればできる	<input type="checkbox"/> 支えてもらえれ ばできる <input type="checkbox"/> できない
屋内歩行	<input type="checkbox"/> つかまらない ことができる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
屋外歩行	<input type="checkbox"/> つかまらない ことができる	<input type="checkbox"/> 何かにつかま ればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない
移動	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 (介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 意思を他者に 伝達できる	<input type="checkbox"/> ときどき伝達 できる	<input type="checkbox"/> ほとんど伝達 できない <input type="checkbox"/> 伝達でき ない
視覚	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 目の前のもので あれば見える	<input type="checkbox"/> ほとんど見え ない <input type="checkbox"/> 見えない
聴覚	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 大きな声で話せ ば聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こ えない <input type="checkbox"/> 聞こえない

関節可動域障害	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし
麻痺・筋力低下	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし
障害日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> その他( )
認知症の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
特記事項 (医療情報以外)	

<b>介護環境</b>			
家族構成		主介護者	
他のサービス 利用状況			
利用している 福祉用具 (購入品含む)			
特記事項			

<b>住環境</b>	
住まいの状況	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸
	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 ( 階)
	<input type="checkbox"/> エレベータ <input type="checkbox"/> 階段

転倒・転落 の経験	転倒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ <input type="checkbox"/> つまづき <input type="checkbox"/> すべり <input type="checkbox"/> その他( )
	転落	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 踏み台 <input type="checkbox"/> その他( )

活動・ 参加	外出頻度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回未満
	外出目的等	



(2) ふくせん福祉用具サービス計画書 (利用計画)

**ふくせん 福祉用具サービス計画書(利用計画)**

管理番号 \_\_\_\_\_

フリガナ	性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
利用者名 様		M・T・S 年 月 日			~
居宅介護支援事業所	担当ケアマネジャー			目標見直し期間 (ケアプランに準拠)	<input type="checkbox"/> 長期 <input type="checkbox"/> 短期

生活全般の解決すべき課題・ニーズ (福祉用具が必要な理由)	福祉用具利用目標	
	最も重視する目的	(【品目】を使って【生活場面】の【何の動作】が【どの程度】【可能になる】を明記する)
1	<input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減	
2	<input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減	
3	<input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減	
4	<input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減	

選定福祉用具(レンタル・販売)		( / 枚)
品目	単位数	選定理由 (記載例: 利用者の【状態】、環境の【条件】を考慮し、【機能・特性】を活かした機種を選定しました。)
機種(型式)		

**留意事項**  
 (福祉用具を安全に利用するために特に注意が必要な事項、日常の衛生管理に関する留意点、認定審査会での意見、次回のモニタリングの時期等)

<input type="checkbox"/> 私は、貸与の候補となる福祉用具の全国平均貸与価格等の説明を受けました。 <input type="checkbox"/> 私は、貸与の候補となる機能や価格の異なる複数の福祉用具の提示を受けました。 <input type="checkbox"/> 私は、福祉用具サービス計画の内容について説明を受け、内容に同意し、計画書の交付を受けました。	日付	年 月 日
	署名	印
	(続柄)代筆者名 ( )	印
事業所名	福祉用具専門相談員	
住所	TEL	FAX

(3) ふくせんモニタリングシート (訪問確認書)

# ふくせん モニタリングシート (訪問確認書)

管理番号	( / 枚)
モニタリング実施日	年 月 日
前回実施日	年 月 日
お話を伺った人	<input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他( )
確認手段	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話
事業所名	
福祉用具専門相談員	

フリガナ		居宅介護支援事業所		担当 ケアマネジャー	
利用者名		要介護度		認定期間	～

①	利用福祉用具(品目) 機種(型式)	利用開始 年月日	利用状況 の変化	具体的な利用状況	利用状況 評価結果		メンテナ ンス結果		今後の方針
					<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり	
			<input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input type="checkbox"/> 安全性		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	
②			<input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input type="checkbox"/> 安全性		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	
③			<input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input type="checkbox"/> 安全性		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	
④			<input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input type="checkbox"/> 安全性		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	
⑤			<input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input type="checkbox"/> 安全性		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	
⑥			<input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input type="checkbox"/> 安全性		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	
⑦			<input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input type="checkbox"/> 安全性		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	
⑧			<input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input type="checkbox"/> 安全性		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止を検討 <input type="checkbox"/> 追加を検討 <input type="checkbox"/> 変更・交換を検討	

福祉用具利用目標	目標達成状況		
	達成度	種目・品目 変更の検討	詳細
1	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
2	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
3	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
4	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

ケアプランの目標に対する福祉用具サービスの総合評価		
「福祉用具サービス計画」見直しの必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	「福祉用具サービス計画」見直しについての意見 ※福祉用具貸与サービスの利用継続の必要性や見直し等
「なし」と判断した理由	<input type="checkbox"/> ADLの維持・向上ができているため利用継続 <input type="checkbox"/> 生活範囲の維持・拡大ができているため利用継続 <input type="checkbox"/> 介護負担軽減に寄与しているため利用継続 <input type="checkbox"/> 状態変化を見据えた利用継続 <input type="checkbox"/> 再調整を行い利用継続 <input type="checkbox"/> 操作取得までの利用継続	
「あり」と判断した理由	<input type="checkbox"/> 利用者または介護者の意向 <input type="checkbox"/> 福祉用具利用目標の達成または未達成 <input type="checkbox"/> 利用者ADL、家族の状況、住環境等の変化 <input type="checkbox"/> 福祉用具継続利用による危険性 <input type="checkbox"/> その他	
		次回実施予定日 年 月 日

【モニタリング内容・確認結果(詳細)】

福祉用具の利用状況(事故、ヒヤリ・ハットの確認)						
事故の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ヒヤリ・ハットの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	「あり」の場合の対応内容	<input type="checkbox"/> 用具の使用中止の提案 <input type="checkbox"/> 使用方法の再指導	<input type="checkbox"/> 注意喚起 <input type="checkbox"/> その他
事故、ヒヤリ・ハットの具体的内容や対応等						

モニタリング時のADL・前回確認時からの変化の有無						
	変化の有無					
身長	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	cm	体重	kg		
寝返り	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
起き上がり	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
移乗	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
座位	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 自分の手で支えればできる	<input type="checkbox"/> 支えてもらえればできる	<input type="checkbox"/> できない	
屋内歩行	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
屋外歩行	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない	
移動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
排泄	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
入浴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
食事	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
更衣	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立(介助なし)	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 意思を他者に伝達できる	<input type="checkbox"/> ときどき伝達できる	<input type="checkbox"/> ほとんど伝達できない	<input type="checkbox"/> 伝達できない	
視覚	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 目の前のものであれば見える	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 見えない	
聴覚	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 大きな声で話せば聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	<input type="checkbox"/> 聞こえない	
関節可動域障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり( )			<input type="checkbox"/> なし	
麻痺・筋力低下	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり( )			<input type="checkbox"/> なし	
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり( )			<input type="checkbox"/> なし	
障害日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
認知症の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			

利用者の意欲・意向(新たな課題やニーズ)、身体状況・介護環境・住環境等の変化、メンテナンス結果等を記載

特記事項	
------	--

他職種へのモニタリング結果の報告・説明状況

連携先	介護支援専門員	他の介護サービス( )
連携方法	<input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 実施なし	<input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 実施なし