

旭川市モニタリングチェックシート

利用者氏名 : _____ 認定の有効期間 : _____ ~ _____

計画作成者 : _____ 計画作成事業者・事業所名及び連絡先 : _____

計画作成(変更)日 : _____ (初回作成日 : _____) 委託の場合の担当センター : _____

ケアプランの目標 ① : _____ 期間 : _____ ~ _____

ケアプランの目標 ② : _____ 期間 : _____ ~ _____

ケアプランの目標 ③ : _____ 期間 : _____ ~ _____

モニタリング実施年月日			前月からの計画内容の変更の有無		モニタリング結果								本人家族の満足度		目標の達成状況		今後の方針			※主治医との連携		備考・特記事項				
					事業所 (提供状況)		利用者 (総合的課題の改善状況)																			
年	月	日	有	無	計画どおり	計画どおりでない	改善傾向あり	状況変化なし	悪化・重度化	新たな課題の発生	(実施方法)				十分	不十分	達成	未達成		継続	計画の変更	中止・終了	意見聴取	計画の交付		
											訪問	電話	FAX	その他				達成傾向あり	達成傾向なし							

旭川市モニタリングチェックシート

利用者氏名 : 旭川 太郎 認定の有効期間 : 令和5年4月15日 ~ 令和6年4月30日
 計画作成者 : 北海 道子 計画作成事業者・事業所名及び連絡先 : 指定居宅介護支援事業所 ●●
 計画作成(変更)日 : 令和5年4月27日 (初回作成日 : 令和5年4月27日) 委託の場合の担当センター : ●●地域包括支援センター

ケアプランの目標 ① : 週に2回、いつも行っていたスーパーに、一人で歩いて買物に行けるようになる 期間 : 令和5年5月1日 ~ 令和5年9月30日
 ケアプランの目標 ② : 期間 : ~
 ケアプランの目標 ③ : 期間 : ~

モニタリング実施年月日			前月からの計画内容の変更の有無		モニタリング結果								本人家族の満足度		目標の達成状況		今後の方針			※主治医との連携		備考・特記事項				
					事業所(提供状況)		利用者(総合的課題の改善状況)																			
年	月	日	有	無	計画どおり	計画どおりでない	改善傾向あり	状況変化なし	悪化・重度化	新たな課題の発生	(実施方法)				十分	不十分	達成	未達成		継続	計画の変更	中止・終了	意見聴取	計画の交付		
											訪	電	F	そ			達成	達成傾向あり	達成傾向なし							
5	5	23		○	○		○			○						○			○							
		6		○		○						○					○			○						提供事業所の提供内容が計画通りではなかったため、事実確認と調整を行った。
		7	○		○		○					○					○			○			○			2か月間計画を実行しても改善傾向がなかったため、支援内容の変更を行った。
		8		○	○		○			○						○				○				○		
		9		○	○		○			○						○							○			

※ 主治医との連携は、医療サービスを位置付けている場合に記入してください。

