

7. モニタリング記録 (最低6ヶ月に1度実施)

実施日時		tel	
支援事業所名		事業所番号	
保険者番号		被保険者番号	
ふりがな	性別	介護度	身長・体重
ご利用者			生年月日
			年齢
現住所			
電話番号			
備考			
面談者	本人 : 家族	問柄	息子夫婦

モニタリングチェック

項目	確認		対応		修理、入替予定日
	YES	NO			
・説明通りに使用されているか	YES	NO	再説明	要入替	
・用具が現状の体にあっているか	YES	NO		要入替	
・介護負担の軽減効果があるか	YES	NO	再説明	要入替	
・生活環境にあっているか	YES	NO	用具問題	環境問題	
・用具の不調、異音等無いか	YES	NO	要修理	要入替	
・用具の損傷は無いか	YES	NO	要修理	要入替	
・総合的に用具の状態が良い	YES	NO	要修理	要入替	

福祉用具導入の目的達成状況

達成項目	効果の要因
自宅療養(自宅介護維持)	

未達成項目	原因	対策

福祉用具の再検討

検討内容:

上記に対するケアマネジャーの意見又は指導

--

確認

担当福祉用具専門相談員 署名	貸与責任者	ケアマネジャー	利用者様