自立支援型ケアマネジメント検討会議記録シート　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式５）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新規・モニタリング | | 事例１・事例２ | 開催日 | Ｒ 年 月 日（ ） | 開催場所 |  | | 担当包括 |  |
| 事例提供者 | （所属：　　　　　　　　） | | | | 検討委員 | 薬剤師 | |  | |
| サービス事業者 | （所属：　　　　　 　　） | | | | 看護職 | |  | |
| （所属：　　　　　　　　） | | | | リハビリテーション職 | |  | |
| 司会者 |  | | | | 栄養士 | |  | |
| 板書 |  | | | | 歯科衛生士 | |  | |
| 記録 |  | | | | 長寿福祉課 |  | | | |
| １．助言にむけての質疑応答 | | | | | | ２．助言　　（①～連番で記載してください） | | | |
| 薬剤師 | | | | | | 薬剤師 | | | |  |
| 看護職 | | | | | | 看護職 | | | |
| リハ職 | | | | | | リハ職 | | | |
| 栄養士 | | | | | | 栄養士 | | | |
| 歯科衛生士 | | | | | | 歯科衛生士 | | | |
| その他意見 | | | | | | 特記事項 | | | |
|  | | | | | | モニタリングまで取り組むもの（番号）  ＊新規検討時のみ記載 | （　　　　　　　　） | | |