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 | （　　　　　　　　） |