

モニタリングシート (訪問確認書)

実施日	月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話
前回実施日	年 月 日	
お話し合った人	<input checked="" type="checkbox"/> ご本人 <input checked="" type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 他()	
作成者		
次回予定日	年 月 頃	

フリガナ	フォーレスト太郎	支援事業所	担当 ケアマネジャー
利用者氏名	フォーレスト太郎 様	介護度	認定期間 ~

利用目標	慢性関節リウマチのため、ADLに日内変動あり。自力での起き上がりが困難であり、介護用ベッドが必要。また、屋内外での長距離歩行が困難なため、車椅子及び歩行器を必要とする。2011年12月に背部に発赤あり。現在はアルファプラマットレスを使用しているが、起居動作の簡便さを考慮し今回、アルファプラすくつとを提案した。
------	---

利用福祉用具(品目) 機種(型式)	利用開始日	使用状況の問	点検	点検結果	備考
① 車椅子 MWSL2		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
② 車椅子付属品 アウルシートクッションセット		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
③ 特殊寝台 楽匠S3モーター		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	身体の調子に合わせて、肢部分のギャジアップを使用。
④ 特殊寝台付属品 スイングアーム介助バー、ハイトスペーサー		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
⑤ 特殊寝台付属品 ベッドサイドテーブル		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
⑥ 床ずれ予防用具 アルファプラ		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
⑦ 歩行器 ラビット歩行器		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
⑧ 特殊寝台付属品 アルファプラすくつと	2012/3/22	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	床ずれ改善し、ベッド上での起居動作の安定と、自主トレ(棒体操など)時の端座位の安定を考慮し、本日アルファプラすくつとをデモ納品した。3/28に訪問・評価実施。

身体状況の変化	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 悪化	床ずれの改善。上記参照。	生活状況の変化	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 悪化	背部の痛みの軽減。体重も1kgほど増加した。
お気持ちの変化	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		ご家族の状況の変化	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 悪化	

ご利用者・ご家族への聞き取り					
使いにくさ、使用中に困ったこと	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一部あり <input type="checkbox"/> あり				
ご利用者、ご家族の希望など	<input checked="" type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> どちらとも言えない <input type="checkbox"/> 不満足	マットレスの変更に伴い、寝心地などがよければレンタルしたい。			
目標達成度	<input checked="" type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成				
今後の方針	<input type="checkbox"/> 再説明 <input type="checkbox"/> 再アセスメント <input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 修理交換 <input type="checkbox"/> 変更提案				見直しの必要性 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

<p>専門相談員による総合確認の結果(自由記載)</p>	<p>管理番号:00000</p> <p>以上、利用後の <input checked="" type="checkbox"/> 訪問確認 <input type="checkbox"/> 電話確認 をいたしました</p> <p>年 月 日</p> <p>事業所: (有)在宅支援チームフォーレスト フォーレスト福祉用具貸与事業所 0475201430</p> <p>作成者:</p> <p>住所: 〒983-0821 仙台市宮城野区岩切字谷地 15-1</p> <p>連絡先: TEL:022-396-0030 FAX:022-255-1161</p>
------------------------------	---