

介護予防ケアマネジメント（市民主体型・ねこのて共通）

【地域包括支援センター・ケアマネジャー】

アセスメント（初回）・モニタリング（変更・継続）表

実施日：令和 年 月 日

アセスメント・モニタリング実施者名（ ）

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
住所・電話番号	北名古屋市 電話番号		
緊急連絡先①	氏名： 電話番号：		続柄：
緊急連絡先②	氏名： 電話番号：		続柄：
介護認定又は チェックリスト判定	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	認定期間	年 月 日
	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	認定期間	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 事業対象者該当	判定実施日	年 月 日
地域包括支援センター 担当ケアマネジャー	事業所： 担当者名： 電話番号：		
家族構成と構成図	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他 ( )	ジェノグラム	
治療中の疾患名	① ② ③		
かかりつけ医療機関	① ②		
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ( )		
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ( )		
四肢機能	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ( )		
訪問時の留意事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり { <input type="checkbox"/> 話題にしてほしくないことがある ( ) <input type="checkbox"/> 事前連絡が必要 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		

