

地域ケア会議 助言記録シート

市町村名		地域包括名		開催年月日		助言者名	
参加他職種	○で囲む	医師・PT/OT/ST・歯科衛生士・管理栄養士・ケアマネ・保健師・その他( )					
事例No.	1・2・3	性別	男・女	年齢			
要介護度	○で囲む	要介護1・2・3・4・5 要支援1・2 事業対象者 その他( )					
日常生活自立度(障がい者)	○で囲む	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					
日常生活自立度(認知症)	○で囲む	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M					
疾患名							
(既往歴)							
(現病歴)							
利用者の状況	(気になる情報を項目別に記載)						
(食事)							
(運動)							
(排泄)							
(睡眠)							
(認知)							
(その他)							
服薬状況	(診療科名)(副作用)なども記載						
助言した内容							
振り返り	(気づいた点を記載)						