

仙北市地域リハビリテーション活動支援事業 同行訪問報告シート【1回目】

(ケアマネジャー用)

記入日:令和 年 月 日

訪問日	令和 年 月 日() : ~ :	
利用者	様	
同行訪問担当者 (介護支援専門員)	所属	
	名前	

①同行訪問を行った主な目的(複数回答可)

- 退院直後のサービス利用についてのアドバイス
 運動指導または生活指導のアドバイス
 福祉用具や装具のチェック
 家屋改修のアドバイス
 家事動作の自立に向けてのアドバイス
 身体状況の把握または本人・家族への説明
 問題点や目標設定に関するアドバイス
 家族に対する介助方法の指導
 その他

[]

②同行訪問を行って具体的に良かったこと(助言や指導による変化・効果、手順等)(複数選択可)

- アセスメントの視点を増やすことができた
 課題を明確にできた
 疾患やそれによる身体状況を把握できた
 具体的で達成可能な目標設定ができた
 本人の自立意欲が高まった
 家族の理解が得られた
 その他

[]

③同行訪問を行って良くなかったこと(助言や指導による変化・効果、手順等について)

[]

④今回のケースに関してのご意見・ご感想、その他(地域に不足していると感じる資源や、市に必要なサービス・制度等)ご自由にお書きください。

[]

⑤今回のケースの今後の同行訪問について

必要性	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	日程	頃	目的	
-----	--	----	---	----	--