

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【2回目】

(ケアマネジャー用)

記入日:令和 年 月 日

初回同行訪問日	令和 年 月 日( )	: ~ :
2回目同行訪問日	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	

①2回目の同行訪問を行った主な目的

[ ]

②2回目の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、手順等について)

[ ]

③2回目の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。

[ ]