自立支援型地域ケア会議　助言者へ聞きたいことシート

記入例

出席予定となっている自立支援型地域ケア会議の日を記入

開催日：　令和　　年　　月　　日

ケアマネ氏名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 自立を阻害している生活行為 | | |
| (例) 以前は、家の近所の片道15分のスーパーまで徒歩で行っていたが、腰痛が悪化しており、痛みも出てくるため今は行くことが難しくなった。 | | |
| 上記に対して、助言を受けたい内容 | | |
|  | 【本人・家族】 | 【担当ＣＭ・サービス事業所】 |
| 〈 口腔 〉 | (例)口内炎がよくできて痛いのですが、何かよい方法はないでしょうか | （例）本人は義歯が合わない、と普段からつけていないようだがそれでもよいのでしょうか |
| 〈 栄養 〉 | 本人や家族が専門職(リハ職・管理栄養士・歯科衛生士)に聞いてみたい、気になっていることなどを記入 | 担当ＣＭ・サービス事業所が専門職(リハ職・管理栄養士・歯科衛生士)に聞きたいこと、対象者と関わる中で気になっている部分などを記入 |
| 〈 運動 ・生活動作〉 |  |  |