

どなたからお話を伺ったか、明確にする。

定期モニタリング評価表 (福祉用具点検結果報告書)

管理番号	
モニタリング実施日	年 月 日
前回実施日	年 月 日
お話を伺った人	<input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他()
確認手段	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話
事業所名	
福祉用具専門相談員	
事業所住所	
TEL	

フリガナ		性別	生年月日	年齢	介護度	認定期間
利用者氏名	様					~
住所					TEL	
支援事業所					担当ケアマネジャー	様

福祉用具利用目標		目標達成状況	
		達成度	詳細
1		<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	
2	福祉用具サービス計画書に記載した目標を転記	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	
3		<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	
4		<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成	

	利用福祉用具(品目) 機種(型式)	利用 開始日	利用状況 の問題	点検結果	今後の 方針	再検討の理由等
①			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討		
②			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討		
③			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討		
④			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討		
⑤			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討		
⑥			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討		
⑦			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討		
⑧			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 再検討		

利用者等の変化			
身体状況・ADLの変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		介護環境① (家族の状況)の変化
意欲・意向等の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	お気持ちの変化、前向きになった、 など	介護環境② (サービス利用等・住環境)の変化
			ご家族の介護負担の増減、家族が仕事をできるようになった、夜間の介護負担など
			デイサービスに行くようになった、行く回数の増減、転居など

総合評価	
福祉用具サービス計画の見直しの必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	使用上の注意事項、留意点、故障時の対応なども記載

ご報告日 : 年 月 日 次回実施予定日 年 月 頃