

### サービス担当者会議の要点

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿 居宅サービス計画作成者（担当者）氏名 \_\_\_\_\_

開催日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 開催場所 \_\_\_\_\_ 開催時間 \_\_\_\_\_ 開催回数 \_\_\_\_\_

会議出席者	所 属（職種）	氏 名	所 属（職種）	氏 名	所 属（職種）	氏 名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題  (次回の開催時期)						

## サービス担当者に対する照会（依頼）内容

利用者名 \_\_\_\_\_

様 担当者氏名 \_\_\_\_\_

サービス担当者会議を開催しない理由ないし出席できない理由					
照 会 目 的	<input type="checkbox"/> 初期計画 <input type="checkbox"/> 情報交換 <input type="checkbox"/> 役割分担 <input type="checkbox"/> 方針の検討 <input type="checkbox"/> モニタリング <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				
照会（依頼）先	照会（依頼）年月日	照会（依頼）内容	回答者氏名	回答年月日	回 答 内 容
		福祉用具の利用の必要性について			<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">           _____         </div> により、 <b>I</b> 状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に_____が必要である。 <b>II</b> 状態が急速に悪化し、短期間のうちに_____が必要な状態になることが確実に見込まれる。 <b>III</b> 身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から_____が必要である。