

介護予防・生活支援サービス事業 利用者状況報告書

年 月 日 記入

事業所名			電話番号		担当者名	
利用者名	フリガナ		性別	生年月日		年齢
			男・女	大正・昭和	年 月 日	歳
要介護状態区分等	要支援1・要支援2・サービス事業対象者		サービス提供種別	訪問・通所	重点ケア型・混合ケア型 生活援助型・住民主体活動型	
確認項目			平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月	
利用者の生活上に変化がみられたか？			はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	
サービス計画どおり、利用者自身は行動していたか？			はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	
サービス計画どおり、サービス提供はできたか？			はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	
サービス提供は利用者にとって適切であったか？			はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	
利用者は提供されたサービスに満足しているか？			はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	
心身状況の変化等、サービス計画の変更を必要とする新しい課題は生じたか？			はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	
上記に対するの考察、利用者の様子などを記載						

* サービス提供事業者は、利用者の状況を把握し、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所に、月1回、この報告書を提出すること。