資料2－1　　　　　　　　　　　　☆ケアマネジャーのチェックリスト☆

開始日：　　年　　月　　日

【記載者：　　　　　　　　　】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | | 様 | | |
| 場面 | 行動 | ✲チェック | 備考 | 仕組み |
| 日常 | 1.契約時医療保険証のカバーに自分の名刺をはさんだ。 | （　　） |  | 準備 |
| 2. 毎月モニタリング時に名刺がはさまれているか確認している。 | （　　） |  | 準備 |
| 3.ご本人やご家族に入院時に提示するようにお願いをしている | （　　） |  | 準備 |
| 入院時 | 4.入院医療機関から連絡を貰った。  日付：　　年　　　月　　　日  方法：電話（　　）  不在の為FAX（　　） | （　　） |  | 入2 |
| 5.入院先に連絡を入れ訪問日を決めた。  医療機関：  訪問日：　　　月　　　日  訪問時間： | （　　） |  | 入3－1 |
| 6.利用中の介護サービス事業者に入院報告をした。  ✦サービス事業者✦ |  |  | 入3－2 |
|  | （　　） |
|  | （　　） |
|  | （　　） |
|  | （　　） |
|  | （　　） |
| ※ご家族に介護保険外の事業所等への連絡依頼をした。 | （　　） |

筑紫地区在宅医療介護連携推進検討会議作成様式