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(更新)時に自分の名刺等と医療保険証、介護保険証、あればお薬手帳をセットにする説明をして了承を得た。 | □ |  | 準備 |
| 2. モニタリングの時に保険証セットのことと医療機関への提示について声掛けをした。 | □ |  | 準備 |
| 入院時 | 3. 入院医療機関から連絡を貰った。  日付：　　年　　　月　　　日   * 電話 * 不在のためFAX | □ |  | 入2 |
| 4. 入院窓口を確認して連絡を入れ訪問日等を調整した。  医療機関：  訪問日：　　月　　日(　　)  訪問時間： | □ |  | 入3－1 |
| 5. 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