　　　　　　（報告日）　　年　　月　　日

**ケアプラン見直し状況報告書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所住所 |  | | |
| 事業所名 |  | | |
| 担当者名 |  | 電話番号 |  |
| 被保険者  氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 認定期間 | 年　　　月　　　日　　～　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 要介護度 |  | |  |
| 見直しの  結果 | □ケアプランを変更した  ※変更の内容  （添付書類）   |  |  |  | | --- | --- | --- | | チェック欄 | 書類の名称 | 注意事項 | |  | 居宅サービス計画書　　　　第１表 | 利用者の署名があるもの | |  | 居宅サービス計画書　　　　第２表 |  | |  | 週間サービス計画書　　　　第３表 |  | |  | サービス担当者会議の要点　第４表 |  | |  | 居宅介護支援経過　　　　　第５表 | 変更記載がある箇所のみで可 |   □ケアプランを変更していない  　※変更しなかった理由 | | |

※玉野市記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **処理欄** | 年　　月　 日 決裁 | | |  |  |
| 課 長 | 課長補佐 | 係 長 | 係 |  |
|  |  |  |  | 個別ケース会議 |
| 年　　月　　日 |