モニタリング確認・記録シート

月次確認・支援経過メモ用

利用者名		**実施日**	年　月　日
担当		**実施方法**	☐ 訪問　☐ 電話　☐ その他

1. 本人・家族の様子／生活上の変化

確認の目安：体調・ADL/IADL・認知面・外出・役割・本人の意向・家族負担・生活環境など　　☐ **大きな変化なし**　☐ **変化あり**

2. 目標・サービスの確認

目標の達成状況	☐ 達成　☐ 一部　☐ 未達　☐ 評価継続	メモ：
サービス利用状況	☐ 問題なし　☐ 調整必要	メモ：
支援内容の適合	☐ 現状でよい　☐ 見直し必要	メモ：

3. 今回の判断・対応

ケアプラン　☐ 継続　☐ 一部見直し　☐ 変更を検討

連絡・共有　☐ なし　☐ 事業所　☐ 医療職　☐ 家族　☐ その他（　　）

会議等　☐ 不要　☐ 担当者会議を検討　☐ その他（　　）

対応メモ

4. 次回までの確認事項

次回確認予定：　　年　　月頃　　記録者：　　確認者：