

(事例提供者→保険者)

提出事例の概要

記入日	年 月 日	点検日	年 月 日
事業所名			
ケアプラン作成者 (事例提供者)			
介護支援専門員としての経験年月	年 か月	利用者の 担当年月	年 か月
介護支援専門員以外の資格			
点検出席者	(事例提供者)		
	(管 理 者)		
事業所にいる介護支援専門員の人数	専任 人 + 兼任 人 = 計 人 (うち主任介護支援専門員 人)		

事例のタイトル			
事例のポイント	・ ・ ・		
次回ケアプラン 見直し時期 (見込み)	年 月	次回ケアプラン 見直しの理由 (見込み)	

利用者の要介護度の変化

	初回	2 回	3 回	4 回	5 回	6 回	7 回	8 回	9 回
認定年月日									
要介護度									
寝たきり度									
認知症自立度									

介護支援専門員として、ご自身のスキルアップの必要性を感じている点やウィークポイントはありますか。

--

事例提出資料（【A】～【D】順に揃えて、左上をクリップ止め）※☑を入れてください。

☐ 【A】 提出事例の概要
☐ 【B】 基本情報シート（作成日： 年 月 日）
☐ 【C】 リ・アセスメント支援シート（作成日： 年 月 日）
☐ 【D】 居宅サービス計画第1～3表（作成日： 年 月 日）（原案・本案）