

## 在宅支援ホームヘルプサービス 事前チェック表

被保険者氏名： \_\_\_\_\_

ケアマネジャー氏名： \_\_\_\_\_

	チェック項目
1	<input type="checkbox"/> 区分支給限度基準額内でおさまるようケアプランの見直しを行なった。 ( 区分支給限度基準額を超えてしまう理由)
2	<input type="checkbox"/> 利用者の心身状況から区分変更申請を検討した。※要介護5の利用者以外
3	<input type="checkbox"/> 他の介護保険サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護看護等）の導入を検討した。 (導入に至らなかった理由)
4	<input type="checkbox"/> 他の社会資源（インフォーマルサービス等）の導入を検討した。 (導入に至らなかった理由)
5	<input type="checkbox"/> 利用者の意向（介護保険外サービス利用の希望）を確認した。
6	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議において、本サービス導入の必要性（効果等）を検討した。 (具体的な必要性について)
7	<input type="checkbox"/> アセスメントシートやサービス担当者会議の要点に本サービスの必要性（効果等）を記載している。
～特記欄～	