

( ) 地域ケア会議 メモ用紙

開催日 20 年 月 日

他職種出席者	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士	所属
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	報告者名

	事例・テーマ	疾患カテゴリー	課題・問題点	必要なアセスメント	助言内容
①	<input type="checkbox"/> 自立支援型 <input type="checkbox"/> 困難事例型 歳代 男・女 <input type="checkbox"/> 支援 <input type="checkbox"/> 要介「 」	<input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 廃用 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> コミュニケーション <input type="checkbox"/> その他
②	<input type="checkbox"/> 自立支援型 <input type="checkbox"/> 困難事例型 歳代 男・女 <input type="checkbox"/> 支援 <input type="checkbox"/> 要介「 」	<input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 廃用 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> コミュニケーション <input type="checkbox"/> その他
③	<input type="checkbox"/> 自立支援型 <input type="checkbox"/> 困難事例型 歳代 男・女 <input type="checkbox"/> 支援 <input type="checkbox"/> 要介「 」	<input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 廃用 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> コミュニケーション <input type="checkbox"/> その他

フリースペース

グーグルフォームにて報告書の記載をお願いします。

<https://forms.gle/iHMuLrEYVcTVVuoS9> or →

ご意見や質問、困り事がありましたら [fchsst@gmail.com](mailto:fchsst@gmail.com) にご連絡ください。

