

() 地域ケア会議 メモ用紙

開催日 20 年 月 日

他職種出席者	☐ PT ☐ OT ☐ 薬剤師 ☐ 歯科衛生士 ☐ 管理栄養士 ☐ その他 ()				所属	
					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	☐ 自立支援型 ☐ 困難事例型 歳代 男・女 ☐ 支援 ☐ 要介「 」	☐ 運動器 ☐ 脳血管 ☐ 廃用 ☐ 認知 ☐ その他			☐ 嚥下 ☐ 認知 ☐ 難聴 ☐ コミュニケーション ☐ その他	
②	☐ 自立支援型 ☐ 困難事例型 歳代 男・女 ☐ 支援 ☐ 要介「 」	☐ 運動器 ☐ 脳血管 ☐ 廃用 ☐ 認知 ☐ その他			☐ 嚥下 ☐ 認知 ☐ 難聴 ☐ コミュニケーション ☐ その他	
③	☐ 自立支援型 ☐ 困難事例型 歳代 男・女 ☐ 支援 ☐ 要介「 」	☐ 運動器 ☐ 脳血管 ☐ 廃用 ☐ 認知 ☐ その他			☐ 嚥下 ☐ 認知 ☐ 難聴 ☐ コミュニケーション ☐ 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 にご連絡ください。