≪通所型サービスB事業　参加状況報告書≫

[ 菊・東部・中央・ふくろう・医師会・いけよん・アトリエ・西部]

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　～　　　月分

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者氏名 |  |
| 団体名 |  | コーディネーター氏名 |  |
|  |  | 39 |
| 活動日 | 出欠状況出席…○欠席…×遅刻・欠席…△ | 健康チェック |
| /　　（　）：　　～　　：　　 |  | □　特になし□　特別な変化あり　※以下に○してください [顔色が悪い 発汗 発熱 ケガ ふらつき その他]詳細・原因等の本人から聞き取れたこと[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] |
| /　　（　）：　　～　　： |  | □　特になし□　特別な変化あり　※以下に○してください [顔色が悪い 発汗 発熱 ケガ ふらつき その他]詳細・原因等の本人から聞き取れたこと[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] |
| /　　（　）：　　～　　： |  | □　特になし□　特別な変化あり　※以下に○してください [顔色が悪い 発汗 発熱 ケガ ふらつき その他]詳細・原因等の本人から聞き取れたこと[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] |
| /　　（　）：　　～　　： |  | □　特になし□　特別な変化あり　※以下に○してください [顔色が悪い 発汗 発熱 ケガ ふらつき その他]詳細・原因等の本人から聞き取れたこと[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] |
| /　　（　）：　　～　　： |  | □　特になし□　特別な変化あり　※以下に○してください [顔色が悪い 発汗 発熱 ケガ ふらつき その他]詳細・原因等の本人から聞き取れたこと[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] |
| /　　（　）：　　～　　： |  | □　特になし□　特別な変化あり　※以下に○してください [顔色が悪い 発汗 発熱 ケガ ふらつき その他]詳細・原因等の本人から聞き取れたこと[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] |
|  |  |  |
| コーディネーターから高齢者総合相談センターへ連絡事項 |  |

※ 本報告書は、ケアマネジメントによる利用者の参加状況についてコーディネーターが記入してください。

※ コーディネーターは本報告書を四半期ごとにまとめて区に提出してください

※ 区は報告書の写しを高齢者総合相談センターへ提出します。

※該当するものに〇をつけてください。

東部・菊かおる園・西部・アトリエ村・ふくろうの杜・医師会・いけよんの郷・中央