

18_施設評価表 (1 / 1)

受講する研修： <input type="checkbox"/> 課程Ⅰ <input type="checkbox"/> 課程Ⅱ		受講コース：	受講番号：	受講者氏名：	提出事例作成日： 年 月 日
短期目標	(期間)	援助内容		結果 ※1	コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
		サービス内容	担当者		

※1 短期目標の実現度合いを 5 段階で記入する(◎:短期目標は予想を上回って達せられた、○:短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、△:短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)

- <事例作成の際の注意事項>
1. 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(Aさん、B 区在住、C 居宅介護支援事業所…等)を使用してください。
 2. 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
 3. 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。