

住所: _____

主たる障害: _____

令和 _____ 年 _____ 月分

サービス等利用計画 モニタリング記録票

フリガナ		生年月日		計画作成日		相談支援事業所	
利用者氏名	様	年齢		モニタリング月		計画作成者	
受給者証番号							

総合的な援助の方針	
全体の状況	

◎サービス等の利用状況

↓ 1. 計画通り利用 2. ほぼ計画通り利用 3. 計画との食い違いあり 4. サービスを利用していない

利用しているサービス	サービスの利用状況	サービスの提供状況(事業者からの聴き取り)	今後の課題・解決方法

◎本人・家族からの情報

モニタリング実施日		面接場所		面接担当者	
本人の感想 ・満足度		詳細 ⇒			
特記すべき情報 (健康状態・社会参加・ 家族の状況等)					

◎計画変更の必要性など [有 ・ 無]

計画変更・ケア会議の予定など

[請求漏れの☑]事業所体制加算以外の加算	
<input type="checkbox"/> 入院時情報連携加算	利用者の入院時に利用者情報を入院先の病院等に提供した場合。本体報酬の請求がなくても加算のみ請求可。月一回限度。記録作成が必要 <input type="checkbox"/> 加算Ⅰ ⇒ 医療機関に向き職員と面談して情報提供 <input type="checkbox"/> 加算Ⅱ ⇒ 加算Ⅰ以外電話、FAX等で提供
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議実施加算	モニタリング時に居宅等での面談に加えサービス担当者会議を開催し、支援方法の確認や計画変更等の検討をした場合。計画作成に至った場合は算定不可。記録の作成が必要。
<input type="checkbox"/> サービス提供時モニタリング加算	モニタリング時またはそれ以外の時に利用者が利用するサービス事業所等を訪問し、サービス提供場面を詳細に確認し記録した場合。一月39件限度。相談支援専門員の兼務している事業所での確認は算定不可。

収受日	障福受付	給付費担当	障福確認	