地域ケア小会議（プラン検討）事前提出書類

（様式1-No.3）

**開催日時**：令和　年　月　日　午前・午後

**事例提供者**:＿＿　　**事業所名:**　＿

〇検討課題

|  |
| --- |
| **利用者の自立を促すプランに向け、検討して欲しい助言内容を具体的に記載してください。**1. 外出回数が減少し、転倒を繰り返すケースに対する、安全の確保とADLの改善が図れるプラン
2. 下肢筋力の低下が危惧されるが、サービス利用に拒否的なケースへのプラン
 |
| 　 |

〇服薬状況 ※表が足りない場合は、追加してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 薬剤名 | 1回量 | 回数/日 | 形状 | 処方先 |
| 例）アリセプト | 5㎎ | 2回 | 錠剤 | Aクリニック |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  | 　 |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |