地域ケア個別会議　様式１

**伊勢原市介護予防自立支援型地域ケア個別会議事例選定シート　　　年　　月　　　日開催分**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者 | 事業所名 | |
| 計画作成者名 | |
| 事例番号 | ＊記入不要 | |
| 利用者名・生年月日 | 氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：　　　年　　月　　日 | |
| 要介護度 | 要介護（　　　　）　　　要支援（　　　　）　　　　事業対象者 | |
| **サービス事業所** | | |
| サービス種別 | 事業者名等 | |
|  | 事業所名 |  |
| 管理者 |  |
| 担当者 |  |
| 電話番号 |  |
|  | 事業所名 |  |
| 管理者 |  |
| 担当者 |  |
| 電話番号 |  |
|  | 事業所名 |  |
| 管理者 |  |
| 担当者 |  |
| 電話番号 |  |
| 事例提供者が考えるケースの課題 |  | |
| アドバイザーに助言  いただきたいこと |  | |