自立支援型地域ケア会議　助言者へ聞きたいことシート

開催日：　令和　　年　　月　　日

ケアマネ氏名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 自立を阻害している生活行為 | | |
|  | | |
| 上記に対して、助言を受けたい内容 | | |
|  | 【本人・家族】 | 【担当ＣＭ・サービス事業所】 |
| 〈 口腔 〉 |  |  |
| 〈 栄養 〉 |  |  |
| 〈 運動・生活動作 〉 |  |  |