

モニタリング表

利用者氏名 田中 花子 様

担当者 ○○○久美子

実施日	短期目標	サービス内容 (サービス種別)	満足度、意向			計画の 実施状況	状態変化	達成度の評価	計画変更	考察
			利用者	家族	意向					
平成29年 5月1日	定期的に医師の診療 を受ける	その他(介護保険対象 外) 病状観察 バイタルサインのチェ ック	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input checked="" type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> 苦情あり <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 非常に満足 <input checked="" type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> 苦情あり <input type="checkbox"/> わからない	200文字記 入できます。	<input checked="" type="checkbox"/> 実施できて いる <input type="checkbox"/> 実施できて いない	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<input checked="" type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> ほぼ達成 <input type="checkbox"/> 不達成 <input type="checkbox"/> 判断できない <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	60文字入力でき ます。