


# コンフォーム・パッケージのご案内～業務書式編～

▼業務上必要な書式から法令遵守上の参考書式まで提供します

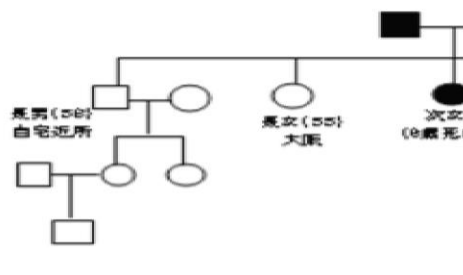
## ①クレーム報告書

FAX : 000-000-0000		No. -																				
〇〇様 社長 様		報告日 年 月 日																				
<table border="1"> <tr> <th>区分</th> <th>サービス</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>介護保険</td> <td><input type="checkbox"/>訪問介護</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>障害支援</td> <td><input type="checkbox"/>訪問入浴</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>PVC/自費契約</td> <td><input type="checkbox"/>訪問看護</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>その他</td> <td><input type="checkbox"/>居宅介護支援</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>DS <input type="checkbox"/>GH <input type="checkbox"/>SS</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>小規模多機能</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>有料老人ホーム</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>レンタル <input type="checkbox"/>販売</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>その他 ( )</td> </tr> </table>	区分	サービス	<input type="checkbox"/> 介護保険	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 障害支援	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> PVC/自費契約	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援		<input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> SS		<input type="checkbox"/> 小規模多機能		<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム		<input type="checkbox"/> レンタル <input type="checkbox"/> 販売		<input type="checkbox"/> その他 ( )	<h3>クレーム報告書</h3>	
区分	サービス																					
<input type="checkbox"/> 介護保険	<input type="checkbox"/> 訪問介護																					
<input type="checkbox"/> 障害支援	<input type="checkbox"/> 訪問入浴																					
<input type="checkbox"/> PVC/自費契約	<input type="checkbox"/> 訪問看護																					
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援																					
	<input type="checkbox"/> DS <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> SS																					
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能																					
	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム																					
	<input type="checkbox"/> レンタル <input type="checkbox"/> 販売																					
	<input type="checkbox"/> その他 ( )																					
発生日時 年 月 日 ( ) : 頃 手段 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> サービス中 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<table border="1"> <tr> <td>営業所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>組合</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所属</td> <td></td> </tr> </table>		営業所		組合		所属														
営業所																						
組合																						
所属																						
クレーム発信者 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 続 ( ) <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 近隣 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<table border="1"> <tr> <td>クレーム内容</td> <td><input type="checkbox"/>マナー <input type="checkbox"/>知識 <input type="checkbox"/>技術 <input type="checkbox"/>営業所の対応 <input type="checkbox"/>請求関係 <input type="checkbox"/>会社体制</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>紛失・盗難等の発生 <input type="checkbox"/>遅刻 <input type="checkbox"/>未訪問 <input type="checkbox"/>その他 ( )</td> </tr> </table>		クレーム内容	<input type="checkbox"/> マナー <input type="checkbox"/> 知識 <input type="checkbox"/> 技術 <input type="checkbox"/> 営業所の対応 <input type="checkbox"/> 請求関係 <input type="checkbox"/> 会社体制		<input type="checkbox"/> 紛失・盗難等の発生 <input type="checkbox"/> 遅刻 <input type="checkbox"/> 未訪問 <input type="checkbox"/> その他 ( )															
クレーム内容	<input type="checkbox"/> マナー <input type="checkbox"/> 知識 <input type="checkbox"/> 技術 <input type="checkbox"/> 営業所の対応 <input type="checkbox"/> 請求関係 <input type="checkbox"/> 会社体制																					
	<input type="checkbox"/> 紛失・盗難等の発生 <input type="checkbox"/> 遅刻 <input type="checkbox"/> 未訪問 <input type="checkbox"/> その他 ( )																					
お客様について お客様氏名 <input type="checkbox"/> (※塗りつぶし(●)で記載) 要介護度 障害区分 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<p>※ご確認いただいた日付をご記入ください</p> <p>①どのようなクレームですか？お客様がおっしゃった言葉をそのまま記入してください。</p>																				

## ②モニタリングシート

 <h3>訪問介護：生活機能向上連携加算 モニタリング&amp;報告シート</h3>			
お客様名	様	サービスの種類	介護給付
訪問リハビリテーション	様	サービス提供責任者名	
●お客様の3ヶ月目標			
年 月			
年 月			
●お客様の月間目標とサービス実施状況、達成状況及びお客様の満足度			●評価
<1ヶ月目>	目標 :		<input type="checkbox"/> 継続・更新
年 月	ヘルパーの実施状況		<input type="checkbox"/> 変更を検討
	お客様の達成状況		<input type="checkbox"/> その他
◆お客様の意向 <input type="checkbox"/> 現状のままで良い <input type="checkbox"/> 変更希望 ◆ご家族の要望 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

## ③フェイスシート

<フェイスシート>			
お客様名	千都 (けあ) 様	生年月日	M.T.S 14年 10月 10日 (84歳) 男・女
お客様住所	東京都中央区京橋1-1 2階		TEL 03-3333-2943
認定情報	被保険者番号	*****	保険者 中央区 (番号) ****
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
	認定有効期間	*月*日 交付 (給付制限) 有 (無)	
	居宅介護支援事業所	M (連絡先) 03-1000-1111	
	日常生活自立度	<認> J A B C	
■生活状況/家族構成			
家族関係図			
			
<p>女性=○、男性=□、死亡=黒塗り、本人=二重(◎/ ) 回</p> <p>介護者=介、同居者は○で囲む</p>			
■趣味嗜好/生活歴			
嗜好	<input type="checkbox"/> たばこ(本/日)	<input type="checkbox"/> 読書( )	<input checked="" type="checkbox"/> テレビ(クイズ番組) <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 酒( /日)	<input type="checkbox"/> 音楽( )	<input checked="" type="checkbox"/> 植物(花が好) <input type="checkbox"/> /

業務書式は記入例を記載しております (一部を除く)

法令上整備を義務付けられているにもかかわらず法定書式が存在しない書式もあり、実地指導の際に指摘を受けるケースも多く見受けられます。

セントケアグループで改善を繰り返している業務書式を取り揃えておりますので、法定書式が存在しない制度の中でも安心してご使用いただけます。