

評 価 表

モニタリング表の提出は×
(評価部分をこの様式に転記する)

受講番号： 研修名（専Ⅱ、B2、又はB1）－ 番号

氏 名： ※受講生の実名を記入

利用者名 A 殿

作成日： 年 月 日

短期目標	(期間)	援助内容			結果 ※2	コメント (効果が もたらされたもの/見直しを要するもの)
		サービス内容	サービス 種別	※1		

サービス内容を行っている援助者を記入
(例：介護職員、看護師、本人、管理栄養士、医師、家族、友人、介護支援専門員等)

「当該サービスを行う事業所」を記入
○居宅の場合
(例：訪問介護、福祉用具貸与、通所リハビリ等)
○施設の場合
(例：介護保険施設、特定施設入所者生活介護等)

評価時期は・・・
・短期目標更新時期に評価
・(作成時が)短期目標更新時期でない場合は、現時点での評価

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 ※2 短期目標の実現度合いを5段階で記入する (◎：短期目標は予想を上回って達せられた、○：短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、△：短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1：短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2：短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)