

基準緩和型サービス希望対象者 確認項目

確認項目実施日： 年 月 日

対 象 者 氏 名：_____

実施者（事業所名）：_____

	項 目	確認欄
1	有資格者からの支援でないことを理解できる。	
2	コミュニケーション能力が保たれている。	
3	転倒のリスクが低い。	
4	精神、身体状況が安定している。	
5	ケアプランに位置づけられた自分の役割を理解し、実行できる。	