

# 契約時チェックリスト

契約日： 年 月 日

氏名					様	
チェックリスト						
ケアプラン	●ケアプランはあるか				<input type="checkbox"/>	
提供表	●サービス提供表はあるか				<input type="checkbox"/>	
指示書	●指示書があるか					
	ある	→いつからでも介入できる。初回日を決めましょう。			<input type="checkbox"/>	
	ない	依頼は済んでいるか				
		済んでいる	→届いたら介入になる旨を伝えましょう。		<input type="checkbox"/>	
		済んでいない	→誰が依頼するかを決めましょう。		<input type="checkbox"/>	
		依頼先( )			<input type="checkbox"/>	
	●次回も今回の依頼先で良いか					
	良い				<input type="checkbox"/>	
	異なる 次回からの依頼先( )				<input type="checkbox"/>	
保険証	●各保険証を確認したか					
	介護保険	介護保険証 ・ 負担割合証 ・ その他( )			<input type="checkbox"/>	
	医療保険	医療保険証 ・ その他( )			<input type="checkbox"/>	
	(区変中など)足りない書類があった →手元に届いたら見せてもらうよう伝えましょう。				<input type="checkbox"/>	
契約書	●各記載部分を書いてもらい、捺印をもらったか(2部)				<input type="checkbox"/>	
支払関係	●口座引き落とし用紙を記載してもらったか				<input type="checkbox"/>	
	●引き落とし日の説明をしたか				<input type="checkbox"/>	
加算	●加算の確認、説明をしたか					
	該当加算 ( )				<input type="checkbox"/>	
公費	●生活保護の利用者か					
	いいえ				<input type="checkbox"/>	
	はい →ケアマネジャーに介護券/医療券の発行をお願いしましょう。				<input type="checkbox"/>	
	●公費受給をしているか					
	いいえ				<input type="checkbox"/>	
はい		難病 小児慢性	精神 その他( )	障害	○乳・○子	<input type="checkbox"/>
その他 メモ						
最後に	●定期介入時間を伝えましょう				<input type="checkbox"/>	
	●初回介入日を伝えましょう				<input type="checkbox"/>	
	●誰が来るかを伝えましょう				<input type="checkbox"/>	