

ケースマネージャー/生活支援員 サービス・コード票

1 利用者ID :	2 記載日 : 年 月 日	3 担当者名
4 施設外で活動した場合	合計移動時間 : 分	合計費用 : 円

☆サービスを提供した場合は、該当する欄に必要事項をご記入ください☆

活動内容	活動場所	合計時間	うち診療報酬外	他の利用者	他のスタッフ	デイケア・スタッフ数の内訳				
						Dr	ES	CMer	ピア	他
5 インターク・アセスメント 利用者 (1.あり 2. なし) 備考:	1. アウトリーチ	分	分	名	名					
	2. デイケア内	分	分	名	名					
	3. 電話・メール等	分	分	名	名					
6 プランニング・個別相談 利用者 (1.あり 2. なし) 備考: <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (医)	1. アウトリーチ	分	分	名	名					
	2. デイケア内	分	分	名	名					
	3. 電話・メール等	分	分	名	名					
7 生活技術/医療等の個別支援 備考: <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (医)	1. アウトリーチ	分	分	名	名					
	2. デイケア内	分	分	名	名					
	3. 電話・メール等	分	分	名	名					
8 就労後の生活支援 利用者 (1.あり 2. なし) 備考:	1. アウトリーチ	分	分	名	名					
	2. デイケア内	分	分	名	名					
	3. 電話・メール等	分	分	名	名					
9 他機関との連携 利用者 (1.あり 2. なし) 備考: <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (医)	1. アウトリーチ	分	分	名	名					
	2. デイケア内	分	分	名	名					
	3. 電話・メール等	分	分	名	名					
10 機関内の他職種連携 利用者 (1.あり 2. なし) 備考: <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (医)	1. アウトリーチ	分	分	名	名					
	2. デイケア内	分	分	名	名					
	3. 電話・メール等	分	分	名	名					
11 ケア会議(MDT) 備考: <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (医)	1. アウトリーチ	分	分	名	名					
	2. デイケア内	分	分	名	名					
	3. 電話・メール等	分	分	名	名					
12 その他 CM 就労支援 利用者 (1.あり 2. なし) 備考: <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (医)	1. アウトリーチ	分	分	名	名					
	2. デイケア内	分	分	名	名					
	3. 電話・メール等	分	分	名	名					
13 集団プログラム 備考:	1. 就労系	分	分	名	名					
	2. 認知・行動	分	分	名	名					
	3. 疾病・生活管理	分	分	名	名					
	4. その他	分	分	名	名					

(医) 医療支援 = 服薬管理、診察同行、入院訪問、医療的な体調管理、医療・健康相談、医療機関との連携など

※就労系 = ビジスマナー (履歴書書き含む) の集団支援、PC 練習など就労に直接結びつくもの (間接的に準備性を高めるものは「その他」)

※認知・行動 = 認知機能リハ、CBT、SST など構造的なプログラム

※疾病・生活管理 = IMR, 心理教育, WRAP など構造的なプログラム

☆自己負担についてご記入ください (※事業所負担を除いた額を記載してください) ☆

14	交通費 (具体的な場所 : 所要時間 分)	合計費用 (円)
15	喫茶店等での飲み物代	合計費用 (円)
16	プライベートで使用している携帯電話による通話・Eメール	合計メール回数 (回) 合計通話時間 (分)
17	その他 ☆事柄 ※具体的にどのような事にどのくらいの費用がかかったかを記述してください ☆合計費用 (円)	