**【トリアージ表】**

 注１）トリアージ表の作成後は、担当ケアマネジャーと共有し、代替えサービスについて、あらかじめ検討しておいてもらいましょう。

　注２）支援継続システムの利用の際は、まず担当ケアマネジャーと協議し代替えサービスが困難な利用者（他の協定参加事業所の支援を必要とする者）について、

週間サービス計画表（ケアプラン第３表）とともに流山市介護支援課に提出してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 利用者氏名 | 住所 | 電話番号 | 介護度 | 独居 | 認知 | 高齢者世帯 | サービス内容 | 緊急連絡先 | 担当ケアマネ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |