【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）相互応援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）とともに〇〇市〇〇課に提出してください。

No.	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	