

介護予防サービス・支援計画書 (ケアマネジメント結果等記録表)

利用者名 _____ 性別 _____ 誕生日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで
 計画作成者氏名 _____ 委託の場合・計画作成者事業者・事業所名及び所在地 (連携先) _____
 計画作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (初回作成日) _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当地域包括支援センター _____
 目標とする生活 _____

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業

1日 _____ 1年 _____

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題 (背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス (居宅介護サービス)	介護記録サービス又は地域支援事業 (居宅介護サービス)	サービス種別	事業所 (利用年)	期間
(日常生活 (家庭生活) について)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()						
(社会参加、対人関係・コミュニケーションについて)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()						
(健康管理について)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()						

健康状態について
主治医同意書、検査結果、観察結果等を踏まえた留意点 _____

【本実行うへを支援が実施できない場合】
 要する支援の案類に向けた方針 _____

総合的な方針：生活不活発性の改善予防のポイント _____

基本アセスメントの (該当した項目数) / (質問項目数) を記入して下さい

地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

予防給付または地域支援事業	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
5	2	3	2	3	5	5

【留意】
 地域包括支援センター [確認印]

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。
 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 印