

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)

NO.

利用者名

様

認定年月日

年 月 日

認定の有効期間

年 月 日～ 年 月 日

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

計画作成者氏名

委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)

計画作成(変更)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											
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 (民間サービス)	介護保険サービス または 地域支援事業 (総合事業のサービス)	サービス種別	事業所 (利用先)
(運動・移動について)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					(   )				
(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  
□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入してください。  
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○印をつけてください。

	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
予防給付 または 地域支援事業	/5	/2	/3	/2	/3	/5

【本来行うべき支援ができない場合】  
妥当な支援の実施に向けた方針

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

年 月 日 氏名 印