

介護予防サービス・支援計画書(1)

帳票様式No.2

被保険者番号 _____ 利用者氏名 _____

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(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: _____ 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

アセスメント領域と現在の状況 【箇条書きでの表現も可】	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景と原因) 【健康状態・心理価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状態】	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
運動 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 活動(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			

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	心の健康

健康状態について ○主治医意見書・検診結果・観察結果等を踏まえた留意点

介護予防サービス・支援計画書(2)

被保険者番号 _____

利用者氏名 _____

《目標とする生活》

1日:		1年:	
-----	--	-----	--

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	介護保険サービス 又は 地域支援事業	サービス種別	事 業 所	期 間

《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

《本来行なうべき支援が実施できない場合》 ～ 妥当な支援の実施に向けた方針

地域包括 支援センター 年 月 日	[確認印]
	[意見]