

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. _____ 様（男・女） 歳 誕生日 年 月 日 契約の有効期間 年 月 日～ 年 月 日 要支援1・要支援2 要介護1

利用者の氏名 _____ 契約の場所、計画作成者（要支援・要介護者）の氏名及び所在地（〒） _____
 計画作成（標準）日 年 月 日（計画作成日） 年 月 日 担当地域支援センター _____
 目標とする生活 _____

1日		1年		目標	支援計画 介護予防サービス 又は地域支援センター （要介護者のサービス）	サービス 種別	事業所 （利用先）	期間
アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意識・意向	領域における課題 （背景・原因）	総合的課題					
運動・活動について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
日常生活（標準生活）について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
社会参加、人間関係・コミュニケーションについて	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
介護管理について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							

介護状態について
主治医同意書、認知症、認知症、認知症等を満たした要介護者

【本を行うべき支援が高齢できない場合】
 要介護は支援の要請に当たらない方針

総合的な方針：生活不活発等の改善予防のポイント

計画に関する留意
 上記計画について、同意いたします。
 平成 年 月 日 氏名 _____ 印

【署名】
 地域支援センター _____

【確認の】

基本アセスメントの(数値)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値に○印をつけて下さい

運動	実質	口内	防犯	認知	うつ
予防	出席	ケア	リハビリ	予防	予防
予防給付または 地域支援事業	／ 5	／ 2	／ 3	／ 2	／ 3