

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）（1/2）

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2・事業対象者

No. _____

利用者名 _____ 様（男・女） 歳 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者・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： _____

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
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			

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

健康状態について

主治医意見書、健診結果、監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（ケアマネジメント結果等記録表）（2/2）

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（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
	（ ）					
	（ ）					
	（ ）					
	（ ）					

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

【本来行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

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

地域包括 支援センター	【意見】
	【確認印】