

様式 2

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. _____

利用番号 _____ 様 (男・女) 歳 誕生年月日 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・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 _____

初回・紹介・継続 既経過・申請中 要支援1・要支援2 事業所変更

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)	介護施設サービス又は地域支援事業(社会福祉のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
運動・容姿について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
日常生活(障壁生活)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										
介護管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										

健康状態について 主治医受診歴、療養結果、緊急結果等を記入した図表点 _____

【本表行うべき支援が実施できない場合】
母体な支援の実施に向けた方針 _____

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント _____

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○印をつけて下さい。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	転倒予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	6	2	3	2	3	6

地域包括支援センター

【意見】 _____

【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 氏名 _____ 印 _____

