

①表紙

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)

初回 紹介 継続 認定済 申請中

NO: _____

状態区分 要支援1 要支援2 事業対象者

利用者氏名 : _____ 様 被保険者番号 : _____ 生年月日 : ■■ 年 月 日 (満 歳)

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

計画作成者氏名 : _____ 担当地域包括支援センター名 : _____

計画作成事業者 : (事業所名) _____ (所在地) _____ (電話番号) _____

計画作成(変更)日 : _____ 年 月 日 (初回作成日) _____ 年 月 日

目標とする生活 生活に対する意向や希望	本人の希望(こんな風にしたい)	1日	1日の生活をどのように作っていくか					
	家族の希望(こんな生活をしてほしい・こんな風にかかわりたい)		1年	週や月、年単位でしたいこと				
健康状態	主治医意見書・健診結果・観察等を踏まえた留意点	必要な事業プログラム 予防給付又は 地域支援事業		運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防
	主治医のアドバイス		／ 5	／ 2	／ 3	／ 2	／ 3	／ 5
総合的な支援の方法	改善・予防のポイント(支援の方向性・留意点など)	介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定						
		妥当な支援の実施に向けた方針【本来行うべき支援ができない場合に記入】						

1週間の予定 (利用するサービス)	月	火	水	木	金	土	日

【地域包括支援センター記入欄】
意見 : _____
_____ 年 月 日 確認 担当者名 : _____

【利用者記入欄】
私はこの介護予防サービス・支援計画書(①、②、③)について同意します。
_____ 年 月 日 氏名 : _____ 印