

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 設定年月日 年 月 日 設定の有効期間 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  仮定済・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 (社会事業のサービス)	サービス種別	事業所 (原則)
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、要緊結果等を記した付箋を貼る

【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	坐骨改善	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 \_\_\_\_\_

