

介護予防サービス・支援計画表

No. _____

利用者名 _____	定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	地域支援事業
------------	---------------------------------	----------	---------	-----------	--------

計画作成者氏名 _____ 委託の場合:計画作成事業者・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: 泉大津市地域包括支援センター

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	介護保険サービスまたは地域支援事	サービス種別	事業所	期間
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										

健康状態について
主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 適切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

必要な事業プログラムの下欄に○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	もの忘れ予防	うつ予防
/	/	/	/	/	/

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