

No. _____

介護予防サービス・支援計画表(1/3)

利用者名 麻生 まもる 様

認定年月日 平成25年05月01日

認定の有効期間 平成25年05月01日 ~ 平成26年04月30日

計画作成者氏名 支援はじめ

委託の場合:
担当地域包括支援センター

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 平成25年05月29日 (初回作成日 平成25年05月29日)

目標とする生活	1日、1週間、 または1月	
	1年	
総合的な方針 (生活の不活発化の改 善・予防のポイント)		

【地域包括支援センター記入欄】

担当地域 包括支援 センター	名称		確認印
	意見		

【利用者記入欄】

介護予防サービス・支援計画について、同意いたします。

年 月 日

氏名 _____ 印 _____

No. _____

介護予防サービス・支援計画表(2/3)

利用者名 麻生 まもる 様

計画作成(変更)日 平成25年05月29日

【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】

【必要な事業プログラム】

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防

現在の状況	本人・家族の意欲・意向	背景・原因	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての本人・家族の意向
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			
その他の事項について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

No. _____

介護予防サービス・支援計画表(3/3)

利用者名 麻生 まもる 様

計画作成(変更)日 平成25年05月29日

目標	支援計画							
	目標についての支援のポイント	具体的な支援の内容	※1	サービス種別	サービス提供者(事業所)	頻度	期間	
		本人の取組						
		家族・地域の支援、民間サービス等						
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス						
			本人の取組					
			家族・地域の支援、民間サービス等					
			介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス					
			本人の取組					
			家族・地域の支援、民間サービス等					
			介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス					

※1 予防給付の対象サービス又は介護予防特定高齢者施策の場合は、○をつける。

【本来行うべき支援が実施できない場合：当面の方針】