

No. _____

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

事業
対象者

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) (1/3)

利用者名 _____ 様

認定年月日 _____ 認定の有効期間 _____

計画作成者氏名 _____ 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) 角田市地域包括支援センター 宮城県角田市 角田字柳町35-1 0224-61-1288

計画作成(変更)日 _____ (初回作成日 _____) 評価予定日 _____

目標とする生活	1日、一週間、 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	角田市地域包括支援センター	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・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表) (2/3)

利用者名 _____ 様

計画作成(変更)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】 チェックリスト参照

--

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
/ 5	/ 2	/ 3	/ 2	/ 3	/ 5

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・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表) (3/3)

利用者名 _____ 様

計画作成(変更)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・生活支援サービス事業の場合は、○をつける。

【本来行うべき支援が実施できない場合: 適切な支援の実施に向けた方針】