介護予防サービス・支援計画書

No. WebQKAN002

利用者名 給管帳 二郎 様 認定年月日 _____ 認定の有効期間 _____ ~ _____

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：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 _____（初回作成日 _____） 担当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業	サービス種別	事業所
運動・移動について		☐ 有 ☐ 無									
日常生活(家庭生活)について		☐ 有 ☐ 無									
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		☐ 有 ☐ 無									
健康管理について		☐ 有 ☐ 無									

健康状態について
 主治医意見書、健診結果、観察結果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】
 妥当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（該当した質問項目数）／（質問項目数）をお書き下さい。
 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	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業						

地域包括支援センター	【意見】
------------	------

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。

_____ 年 月 日 氏名 _____