

介護予防支援・サービス評価表

評価日 _____

No. _____ 利用者氏名 _____ 様

計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針	地域包括支援センター意見			
		プラン継続 プラン変更 終了	介護給付 予防給付 介護予防特定高齢者施策 介護予防一般高齢者施策 終了	