

介護予防サービス・支援計画表

利用者名 _____ 様

認定年月日 _____ 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: _____ 泉佐野市社協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	期間
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、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]

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

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