

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)

No. _____

本人氏名: _____ 様

認定年月日: _____ 年 月 日

認定の有効期限: _____ 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

事業対象者

計画作成者氏名: fds-stf

委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)

【DL構築用】居宅介護支援

静岡県静岡市駿河区南町18-1

計画作成(変更)日: 令和06年12月05日 (初回作成日: _____ 年 月 日)

担当地域包括支援センター: _____

目標とする生活

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(民間サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)
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									

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ていない場合】
 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(該当した項目数)/(質問項目数)を記入してください
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○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	/5	/2	/3	/2	/3	/5

地域包括支援センター
 ※委託の場合

【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