

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.

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

事業対象者

計画作成者氏名

計画作成(変更)日

年

月

日

(初回作成日

年

月

日)

委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)

目標とする生活

担当千葉市あんしんケアセンター:

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 介護保険サービス または 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)	期間
活動・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

口主治医意見書、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できない場合】
受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

計画に関する同意

上記計画について説明を受け、同意し、交付を受けました。

千葉市
あんしんケアセンター

【意見】

【確認印】

年

月

日

氏名

印

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