

介護予防サービス・支援計画書

No.										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	
利用者名	山田 利夫（仮名）様			（男・女）	78歳	認定年月日	○年	○月	○日	認定の有効期間	○年	○月	○日～	○年	○月	○日	

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） F 居宅介護事業所 Y 市 S 町 3 - 2 - 1
 計画作成（変更）日 ○ 年 ○ 月 ○ 日（初回 例：●●なため） 担当地域包括支援センター： 地域包括支援センター

目標とする生活	例：●●のため●●になっている	●●することで●●となる(期待できる)	1年	目標に向けてチームで気を付けること	目標に向けて…	介護保険サービス 地域支援事業 (目標に合わせた)
---------	-----------------	---------------------	----	-------------------	---------	---------------------------------

[illegible]

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○印をつけてください							地域包括 支援セン ター意見		計画に関する同意												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 12.5%;"></th> <th style="width: 12.5%;">運動 不足</th> <th style="width: 12.5%;">栄養 改善</th> <th style="width: 12.5%;">口腔内 ケア</th> <th style="width: 12.5%;">閉じこも り予防</th> <th style="width: 12.5%;">物忘れ 予防</th> <th style="width: 12.5%;">うつ 予防</th> </tr> <tr> <td>予防給付または 地域支援事業</td> <td style="text-align: center;">4 / 5</td> <td style="text-align: center;">1 / 2</td> <td style="text-align: center;">1 / 3</td> <td style="text-align: center;">2 / 2</td> <td style="text-align: center;">2 / 3</td> <td style="text-align: center;">4 / 5</td> </tr> </table>										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	4 / 5	1 / 2	1 / 3	2 / 2	2 / 3
	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	4 / 5	1 / 2	1 / 3	2 / 2	2 / 3	4 / 5															