

NO. _____

介護予防サービス・支援計画表

利用者名 _____

計画作成日 H _____ 年 _____ 月 _____ 日

興味関心シート等をもとに導き出した、今後どのような生活を送りたいと思っているのかを記入。

目標とする生活

_____ 年 _____ 月 _____ 日

本人がどういった自立した生活をするためにこのサービスを使うのかわかるよう、具体的に記入する。

1日		1年	
----	--	----	--

本人の現在の状況 (原因・背景とアセスメントしたことを記入)	本人・家族の意欲・意向	課題と目標	支援計画		評価
			本人がすること・家族の支援 インフォーマルサービス	総合事業のサービス	
運動・移動について					
日常生活					
社会参加・コミュニケーションについて					
健康管理について					

基本チェックリスト結果

	運動	栄養	口腔	閉じこもり	物忘れ	心の健康	全体
事前	/5	/2	/3	/2	/3	/5	/20
評価時	/5	/2	/3	/2	/3	/5	/20

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 _____

今後の方針

目標についてチームで留意することや、共有が必要なことについて、ケアプラン会議で出た意見を踏まえて記入。