

介護予防サービス・支援計画書

No. (被保険者番号) _____

計画作成(変更)日 年 月 日 【様式6-2】

【初回のみのかケアマネジメント用】

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 _____ 様

認定年月日 _____

認定の有効期間 _____

計画作成者 _____

計画作成事業者 _____

事業者名及び所在地(連絡先) _____ (TEL _____)

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	目標	支援計画			評価
			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	介護保険サービス又は地域支援事業	事業所	評価日(年 月 日)
【運動・移動について】						
【日常生活(家庭生活)について】						
【社会生活、対人関係・コミュニケーションについて】						
【健康管理について】						

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

地域包括支援センター	
【意見】	
※指定居宅介護支援事業所へ委託した場合のみ記入	

介護予防サービス・支援計画書について説明を受け、内容に同意し、受領しました。

説明同意日 年 月 日
署名 _____ 続柄()