

受講番号

氏名

介護予防サービス支援計画表

【提出様式7C】

No.

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

地域支援事業

利用者名様（男・女）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）

計画作成（変更）日年月日（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

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					
							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	介護保険サービス又は地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・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
☐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	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー

【意見】

【確認印】

計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。

令和 年 月 日 氏名 印