

介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)計画・評価表

No. _____ 利用者名 _____ 様 男・女 _____
 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(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (初回作成日) _____ 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
プラン作成者 事業所名 住所 氏名 電話番号 ()							

目標とする生活

現在の状態・本人及び家族の希望	課題・背景・原因	目標に向けた具体的提案と実施方針 (自分で行うこと、利用サービス)	健康状態について
(運動・移動について)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		この3ヶ月間に1週間以上の入院 あり ・ なし かかりつけの医師等から日常生活で制限されていること あり ・ なし ありの場合記入
(日常生活(家庭生活)について)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上)
(社会参加、対人関係コミュニケーションについて)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		あり ・ なし
(健康管理について)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		その他、留意点 (主治医意見書・健診結果、観察結果を踏まえた留意点)

居宅介護支援事業所へ委託をする場合	委託元高齢者支援センター名 高齢者支援センター
計画作成時	評価時

【計画書に関する同意】 上記計画について、同意します。
 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 _____ 印

評価 評価の時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日	評価 _____ 年 _____ 月 _____ 日	目標について 達成 ・ 未達成	本人の取り組み できた ・ できなかった	今後について <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業
本人・家族の気持ち		担当者の所見		