

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	
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	
(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	
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	
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	
重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上)		あり ・ なし	
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			
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	
本人・家族の気持ち		担当者のお見	
		今後について ☐ 継続 ☐ 変更 ☐ 終了 ☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ サービス事業 ☐ 一般介護予防事業	