**介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメントＢ）**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当地域包括支援センター名 | 計画作成者名 |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 認定区分等 | 事業対象者 | チェックリスト実施日 | 年　　月　　日 |
| 要支援１・要支援２  （　　　　　　　　） | 認定の有効期間 | 年　　月　　日から  　　　　　年　　月　　日まで |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 計画作成日 | 年　　月　　日 | 初回　・　見直し |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 | 被保険者番号 |
| 氏名 |  | 男　・　女 |  |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭　　　　年　　　月　　　日　（　　　　）歳 | | |
| 住所 |  | | |

|  |
| --- |
| 本人（家族）の意向及び望む生活 |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 現　状 | 課　題　等 |
| 家事動作 |  |  |
| 家庭生活の様子 |  |  |
|  | 現　状 | 課　題　等 |
| 治療中の病気  健康管理について |  |  |
| 社会参加  コミュニケーション |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 具体的なサービスの目標 | サービス内容 | サービス種別 | 事業所 | 頻度と時間 |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| インフォーマルサービス |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当地域包括支援  センターの意見 |  | 確認印 |
|  |

|  |
| --- |
| 上記計画について、同意します。  　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞ |