

暫定

もし、暫定でプランを作成した場合、内容が変わらなければ、認定が確定した時に2重線で「暫定」を取消してください。訂正印不要

認定結果後、被保険者証を確認して記載してください。

※プランは手書きでも可

申請中を2重線で取消をし、認定済みに丸を付けてください。訂正印不要

見本

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No. 利用者名 殿 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日 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

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 天気の良い日は散歩をする。 1年 家族と一緒に天河神社に行く

Main assessment table with columns: 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, 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, 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, 介護保険サービス, サービス種別, 事業所(利用先), 期間)

健康状態について 【本来行うべき支援が実施できない場合】 総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント H14 に大腸癌 OP、H19 に心臓ステント留置 OP を行っているが、予後は順調で現状の体調に問題は無い。排便については大腸癌の OP の影響もあるが、腹圧の弱さにも問題があるため、運動をして腹筋や体幹機能の向上が望ましい。 家族や地域の人との交流を増やして、元気に過ごしてくださいね。転倒に気を付けながら、天候の良い日は近くの公園まで散歩に行けるようになればいいですね。家族のアドバイスや支援を受けて家事を続けて下さい。

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 地域包括支援センター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 地域包括支援センター意見 計画に関する同意 上記計画について、同意いたします。 年 月 日