

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメントB)

計画作成日

ケアマネジメント結果等記録表(ケアマネジメントC)

令和 年 月 日

利用者氏名: _____ 生年月日: _____ 年 月 日 (満 歳)

住所: 焼津市 _____ 電話番号: _____ - _____

認定区分: _____ 認定有効期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

担当事業所: _____ 担当者: _____

【目標とする生活】

本人の意欲・意向 (こんな風にしたい・こんな風になりたい)	1日の生活をどのように作っていくか
家族の意向 (こんな生活をしてほしい・こんな風になってもらいたい)	週や月、年単位でしたいこと

【健康状態】

健診結果、主治医の留意事項、観察結果等を踏まえた留意点	本人の主観 (自覚症状等)
-----------------------------	---------------

【健診結果】(未受診の場合は空欄)

実施日	関節異常	アルブミン値	口腔異常	血圧	Hb	物忘れ
		g/dl	嚙下テスト 回	mm Hg	g/dl	

【基本チェックリスト】

生活機能全般	運動器機能向上	栄養改善	口腔機能向上	閉じこもり予防	認知症予防	うつ予防
/ 20	/ 5	/ 2	/ 3	/ 1	/ 3	/ 5

【総合的な援助方針】 改善・予防のポイント(支援の方向性・留意点)

--

【1週間の予定】 サービスB・C、セルフケア、インフォーマルサービス等による介護予防活動

月	火	水	木	金	土	日

【サービスC(短期集中予防サービス)】

担当事業所名	実施回数	回	実施日		
実施予定期間	令和 年 月 日	~	令和 年 月 日		

【計画に関する同意】

私は、この計画について同意します。

令和 年 月 日