

## 介護予防サービス・支援計画表(ケアマネジメントB)

|            |       |         |                    |
|------------|-------|---------|--------------------|
| 介護保険被保険者番号 | 初回・継続 | 申請済・申請中 | 要支援1・要支援2<br>事業対象者 |
|------------|-------|---------|--------------------|

チェックリスト実施日  
 氏名 \_\_\_\_\_ 様 認定年月日 \_\_\_\_\_ 有効期間 \_\_\_\_\_

計画作成者 \_\_\_\_\_ 委託の場合の計画作成事業者 \_\_\_\_\_

計画作成日 年 月 日 担当地域包括支援センター \_\_\_\_\_

本人(家族)の意向及び望む生活

目標とする生活

|    |  |    |  |
|----|--|----|--|
| 1日 |  | 1年 |  |
|----|--|----|--|

| 現状     | 計画作成者の意見 | 課題 |
|--------|----------|----|
| 家事動作   |          |    |
| 生活の様子  |          |    |
| 治療中の病気 |          |    |
| その他    |          |    |

| 具体的なサービスの目標 | 具体的内容  |        |     |    |    |
|-------------|--------|--------|-----|----|----|
|             | サービス内容 | サービス種別 | 事業所 | 頻度 | 期間 |
|             |        |        |     |    |    |

|              |   |
|--------------|---|
| 担当地域包括支援センター |   |
| 意見           | <input type="text"/><br><input checked="" type="checkbox"/> 確認印 |

|  |
|--|
| 上記計画について、同意いたします。                                  |
| 年      月      日      氏名 <input type="checkbox"/> 印 |