

総合事業・介護予防サービス・支援計画表

利用者名 _____

計画作成（変更）日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

認定期間 _____ ～ _____

事業対象者 ・ 要支援1 ・ 要支援2

計画作成者 _____ 事業所名 _____

【健康状態について：主治医意見書等を踏まえた留意点】

【基本チェックリスト結果】

--

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防	合計
/5	/2	/3	/2	/3	/5	/20

現在の状況について	いずれかに○を付けてください。	集計	1年後 評価日： 年 月 日	集計	できるようになると良いこと、目標、そのための取組など
運動・移動について					
1 自宅内を転倒の不安なく歩くことができますか。	はい いいえ	/5	はい いいえ	/5	ご本人 サービス提供事業所 _____ 市・現 _____ 回 / 週
2 屋外を安全に歩くことができますか。	はい いいえ		はい いいえ		
3 15分くらい続けて歩けますか。	はい いいえ		はい いいえ		
4 階段などの段差を何もつかまらず登れますか。	はい いいえ		はい いいえ		
5 交通機関を利用して出掛けていますか。	はい いいえ		はい いいえ		
日常生活（家庭生活）について					
6 食事の用意は自分でしていますか。	はい いいえ	/5	はい いいえ	/5	サービス提供事業所 _____ 市・現 _____ 回 / 週
7 洗濯を自分でしていますか。	はい いいえ		はい いいえ		
8 整理整頓や掃除を自分でしていますか。	はい いいえ		はい いいえ		
9 日用品の買物を自分でしていますか。	はい いいえ		はい いいえ		
10 預貯金の出し入れや支払を自分でしていますか。	はい いいえ		はい いいえ		
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて					
11 1週間に1回以上外出していますか。	はい いいえ	/5	はい いいえ	/5	ケアマネジャー
12 家族や友人と1日1回以上話をしていますか。	はい いいえ		はい いいえ		
13 趣味や楽しみで続けていることがありますか。	はい いいえ		はい いいえ		
14 地域活動で何か参加していることはありますか。	はい いいえ		はい いいえ		
15 テレビ・新聞など社会の出来事に関心がありますか。	はい いいえ		はい いいえ		
健康管理について					
16 健康であると思いますか。	はい いいえ	/5	はい いいえ	/5	地域包括支援センター
17 定期的を受診していますか。	はい いいえ		はい いいえ		
18 トイレの失敗はないですか。	はい いいえ		はい いいえ		
19 夜はよく眠れますか。	はい いいえ		はい いいえ		
20 気になるほどの物忘れはないですか。	はい いいえ		はい いいえ		
備考		合計	1年後の評価	合計	【御本人記入欄】総合事業・介護予防サービス・支援計画について同意します。
		/20		/20	年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印 _____