介護予防ケアマネジメント　結果

［ケアマネジメントC用］　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者区分　：　事業対象者　・　要支援１　・　要支援２

利用者名　　　　　　　　　　　　　　様　　　生年月日　　　年　　　月　　　日　　　被保険者番号

計画作成者氏名　　　　　　　　　　　　　　　地域包括支援センター名及び所在地

計画作成（変更）日　　　　年　　　月　　　日（初回作成日　　　年　　　月　　　日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人の生活の目標 | 支援計画 | | |
| 本人のセルフケア  家族等の支援 | 地域の活動  その他インフォーマルサービス | サービス提供者 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 【総合的な援助の方針】 | | 【計画に関する同意】 | |
| 【意見】 | | ケアマネジメント結果案について同意いたします。  令和　　年　　月　　日　氏名 | |

|  |  |
| --- | --- |
| アセスメント領域と  現在の状況 | 本人の意欲・意向 |
|
| 運動・移動について |  |
| 日常生活(家庭生活)について |  |
| 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて |  |
| 健康管理について |  |

〇身体状態が変わった等により、困りごとが発生した時は、地域包括支援センターにご相談ください。

担当地域包括支援センター　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話