

No. _____

評価日

年

月

日

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表

利用者氏名 _____

様

計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針

地域包括支援センター意見

-
- プラン継続
-
-
- プラン変更
-
-
- 終了

-
- 介護給付
-
-
- 予防給付
-
-
- 介護予防・生活支援サービス事業
-
-
- 一般介護予防事業
-
-
- 終了