

令和5年4月

様式F

No. _____

初回・紹介・継続

認定済・申請中

事業対象者

要支援1・要支援2

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス計画表（1/3）

利用者氏名 _____ 様

認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

認定有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画作成者氏名： _____

計画作成事業者・事業所名
及び所在地(連絡先)： _____

担当地域包括支援センター： _____

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

| | | |
|------------------------------|----|--|
| 目標とする生活 | 1日 | |
| | 1年 | |
| 総合的な方針： 生活不活発病の改善・予防のポイント | | |

【健康状態について:主治医の意見、生活機能評価等を踏まえた留意点】

【地域包括支援センター確認欄】

| | | |
|------------|-------|----------------|
| 地域包括支援センター | 【意見】 | 担当者氏名(_____) |
| | 【確認印】 | |

【計画に関する同意】

作成された計画について、同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名