

三鷹市 総合事業・介護予防サービス 支援計画表

被保険者番号 _____

計画作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者名 _____ 様

認定日(※) _____ 年 _____ 月 _____ 日

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

(※事業対象者の場合は、チェックシート実施日。)

主治医の意見・既往歴などの留意点	チェックシートの結果							
	介護度	日常生活	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ
	要支援1	/20	/5	/2	/3	/2	/3	/5
	要支援2							
	事業対象者							
現在の状況	課題	目標	具体策	評価(概ね6か月後)				
外出・移動(屋内・屋外・交通手段等)				評価日 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
日常生活(食事・入浴・家事・金銭管理等)								
社会参加・コミュニケーション(趣味・地域活動等)								
健康管理(かかりつけ医・内服管理等)								
その他								

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。
本計画表を市、居宅介護支援事業所、サービス提供事業所に提示することに同意します。

◆地域包括支援センター
東部・井の頭・連雀・三鷹駅周辺・西部・大沢・新川中原

◆担当者 _____ ◆委託先事業所、担当者 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____