（別紙）
［介護予防支援業務に係る関連様式例及び記入要領］

利用者基本情報（表面）

作成担当者：

《基本情報》

相　談　日	年　　月　　日（　　）	来　所・電　話 その他（　　）	初　回 再来（前　　/　　）
本人の現況	在宅・入院又は入所中（　　）		
ﾌﾘｶﾞﾅ 本人氏名		男・女	M・T・S　　年　　月　　日生（　　）歳
住　　所		Tel Fax	（　　） （　　）
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ	
認定情報	非該当・要支１・要支２・要介１・要介２・要介３・要介４・要介５ 有効期限：　年　月　日～　年　月　日　（前回の介護度　　）		
障害等認定	身障（　　）、療育（　　）、精神（　　）、難病（　　）、（　　）		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無（　）階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・（　　）		

来　所　者 (相　談　者)				家族構成	家族構成
住　　所 連　絡　先		続柄			◎回=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 （同居家族は○で囲む）
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先		
					家族関係等の状況

利用者基本情報（裏面）

《介護予防に関する事項》

<table>
<tr><td>今までの生活</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）</td><td colspan="3">１日の生活・すごし方</td><td>趣味・楽しみ・特技</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>時間</td><td>本人</td><td>介護者・家族</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>友人・地域との関係</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 （主治医・意見作成者に☆）			経過	治療中の場合は内容
年　月　日				Tel	治療中 経過観察中 その他	
年　月　日				Tel	治療中 経過観察中 その他	
年　月　日				Tel	治療中 経過観察中 その他	
年　月　日				Tel	治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年　　月　　日　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

介護予防サービス・支援計画書

Ｎｏ．

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援１・要支援２	地域支援事業

利用者名　　様　認定年月日　　年　　月　　日　認定の有効期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

計画作成者氏名　　委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

計画作成（変更）日　　年　　月　　日（初回作成日　　年　　月　　日）　担当地域包括支援センター：

目標とする生活

1日		1年	

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について		□有　□無					（　）					
日常生活(家庭生活)について		□有　□無					（　）					
社会参加、対人関係・ コミュニケーションについて		□有　□無					（　）					
健康管理について		□有　□無					（　）					

健康状態について
□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

基本チェックリストの（該当した質問項目数）／（質問項目数）をお書き下さい。
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に〇印をつけて下さい

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業						

地域包括支援センター	【意見】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

年　　月　　日　氏名

介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

利用者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　計画作成者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　月　日	内　　容	年　月　日	内　　容

※1　介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察（生活の活発さの変化を含む）、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

2　サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者（所属（職種）氏名）、検討した内容等を記入する。

介護予防支援・サービス評価表

評価日

利用者名　　殿

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標体制状況	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 □ 二次予防事業 □ 一次予防事業 □ 終了