

■ 芦屋市介護予防プランニングシート ■

計画作成者 _____

所属 _____

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|---|-------|--------|--|--|--|-----|--|--|----|
| 氏名 | | | | 住所 | | | | 連絡先 | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 () | 被保険者番号 | | | | | | | 性別 |

| |
|-------|
| 計画作成日 |
| |

| | |
|----------|--|
| 本人の意欲・意向 | |
| 家族の意欲・意向 | |

| | |
|-------|--|
| 総合的課題 | |
|-------|--|

| | | |
|----|-----|--|
| 目標 | 1年 | |
| | 6か月 | |

| 基本チェックリスト | | |
|-----------|-----|-----|
| 日付 | 作成時 | 評価時 |
| 生活全般 | /20 | /20 |
| 運動 | /5 | /5 |
| 栄養 | /2 | /2 |
| 口腔 | /3 | /3 |
| 閉じこもり | /2 | /2 |
| 物忘れ | /3 | /3 |
| うつ | /5 | /5 |

| 生活しづらさ(課題)の背景・原因 | |
|------------------|--|
| 運動・移動 | |
| 家庭生活 | |
| 社会参加・交流 | |
| 健康管理 | |

| 介護予防のための取り組み・支援 | | | | |
|-------------------|------------|--------|-----|----|
| 私の取り組み | | | | |
| | 家族・ボランティア等 | | | |
| 事業サービス | 支援内容 | サービス種別 | 事業所 | 期間 |
| | | | | |
| 【利用者記入欄】 | | | | |
| この計画について、同意いたします。 | | | | |
| 年 月 日 | | | | 印 |
| 氏名 | | | | 印 |

| 総合的な方針と予防・改善のポイント |
|-------------------|
| |

| 評価 | 6か月 | 1年 |
|---------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 実施日 | | |
| 目標達成 | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成 | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成 |
| 本人の取り組み | <input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できない | <input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> できない |
| サービス利用 | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 終了 | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 終了 |

【地域包括支援センター記入欄】

| | | | |
|--------------|-------|---|-----|
| ●●地域包括支援センター | | | 確認欄 |
| 初回 | 年 月 日 | 印 | |
| 6ヶ月 | 年 月 日 | 印 | |
| 1年 | 年 月 日 | 印 | |