

総合事業・介護予防サービス・支援計画表

地域包括支援センター

利用者名 _____
 認定期間 _____ ~ _____

計画作成（変更）日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 計画作成者 _____ 事業所名 _____

計画表作成時の基本チェックリストの結果を記載

要支援1 ・ 要支援2

【健康状態について：主治医意見書等を踏

【基本チェックリスト結果】

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防	合計
/5	/2	/3	/2	/3	/5	/20

現在の状況について	いずれかに○を付けてください。		集計	1年後 評価日： 年 月 日	集計	できるようになると良いこと、目標、そのための取組など
運動・移動について						
1 自宅内を転倒の不安なく歩くことができますか。	はい	いいえ	/5	はい	いいえ	ご本人 サービス提供事業所 _____ 市・現 回 / 週
2 屋外を安全に歩くことができますか。	はい	いいえ		はい	いいえ	
3 15分くらい続けて歩けますか。	はい	いいえ		はい	いいえ	
4 階段などの段差を何もつかまらず登れますか。	はい	いいえ		はい	いいえ	
5 交通機関を利用して出掛けていますか。	はい	いいえ		はい	いいえ	
日常生活（家庭生活）について						
6 食事の用意は自分でしていますか。	はい	いいえ	/5	はい	いいえ	市基準・現行相当の別を記載 サービス提供事業所 _____ 市・現 回 / 週
7 洗濯を自分でしていますか。	はい	いいえ		はい	いいえ	
8 整理整頓や掃除を自分でしていますか。	はい	いいえ		はい	いいえ	
9 日用品の買物を自分でしていますか。	はい	いいえ		はい	いいえ	
10 預貯金の出し入れや支払を自分でしていますか。	はい	いいえ		はい	いいえ	
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて						
11 1週間に1回以上外出していますか。	はい	いいえ	/5	はい	いいえ	ケアマネジャー
12 家族や友人と1日1回以上話をしていますか。	はい	いいえ		はい	いいえ	
13 趣味や楽しみで続けていることがありますか。	はい	いいえ		はい	いいえ	
14 地域活動で何か参加していることはありますか。	はい	いいえ		はい	いいえ	
15 テレビ・新聞など社会の出来事に関心がありますか。	はい	いいえ		はい	いいえ	
健康管理について						
16 健康であると思いますか。	はい	いいえ	/5	はい	いいえ	地域包括支援センター
17 定期的を受診していますか。	はい	いいえ		はい	いいえ	
18 トイレの失敗はないですか。	はい	いいえ		はい	いいえ	
19 夜はよく眠れますか。	はい	いいえ		はい	いいえ	
20 気になるほどの物忘れはないですか。	はい	いいえ		はい	いいえ	

備考
 【例】（1年後の評価）支援計画作成時に比べて.....

合計 1年後の評価 合計
 【御本人記入欄】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。
 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 氏名 _____ (印)

評価欄に書ききれない場合は、こちらの備考欄に記載