

短期集中予防型訪問サービス実施説明書（暮らし活性化コース）

利用者氏名	様	サービス提供者 所属・氏名	〇〇訪問看護ステーション 名古屋太郎
被保険者番号		連絡先	052-000-000
本人へ聴き取り等を行い、 目標を設定します。		事業対象者・要支援 1 ・ 要支援 2	
わたしの目標			
本人：つまずきを減らし、移動の不安をなくしたい。 終了後の目標：屋内の転倒リスクを軽減し、転倒の不安を軽減し、外出機会を増やす。 ケアプラン：転倒することなく自宅内を自由に移動し、1人で安全に出かけられる。			
目標達成に向けたプログラムの計画、具体策等		特記事項	
・歩行能力の評価 ・屋内環境の評価と改善提案 ・歩行能力改善に向けた運動の指導 ・移動に対する不安、外出頻度のチェック（初回以降）		特に配慮する事項が あれば記載します。	
利用期間	令和 6 年 10 月 1 日から令和 6 年 12 月 10 日まで		
実施日	10 月 1 日火曜、10 月 15 日火曜、11 月 12 日火曜、12 月 10 日火曜 (13 時から 14 時まで)		
連絡先			

目標を踏まえ、具体的に実施する
予定の内容を記載します。

利用期間は初回訪問日～4 回目訪問日を記載。

初回訪問～2 回目：2 週間

2 回目～3 回目：4 週間

3 回目～4 回目：4 週間

サービスの実施や適切な支援を行う
いきいき支援センターやケアマネジャー、行
● 緊急時や体調の変化等の状況、事故の発生
ることがあります。その場合、緊急連絡先に
● キャンセルされる場合は事前にご連絡くだ
あった場合、本サービスは終了となります。

上記計画について説明を受け、同意しました。また、当該計画の交付を受けました。

同意年月日 年 月 日

利用者署名欄

苦情相談窓口

【制度全般に関すること】 名古屋市健康福祉局高齢福祉課 TEL:052-972-2540

【サービス提供に関すること】 愛知県理学療法士会 TEL:052-972-6295