

短期集中予防型訪問サービス実施説明書（運動習慣定着コース）

利用者氏名	様	サービス提供者 所属・氏名	〇〇接骨院 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

本人の目標、ケアプランの目標を踏まえ、
専門職の視点から目標を設定します。

本人：体操をして歩く力を付けたい。

終了後の目標：運動習慣を付け、下肢の筋力を向上して移動能力向上を図る。

ケアプラン：下肢筋力低下を予防し、安全に歩行できる。

目標達成に向けたプログラムの計画、具体策等	特記事項
-----------------------	------

- ・ 下肢筋力の測定（30秒椅子立ち上がりテスト）
- ・ 下肢の体操の指導（段階的に負荷を上げていく）
- ・ ご自身にて自主トレーニングの記録をつけていただき、毎回一緒に確認する。

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17日まで
------	-------------------------

訪問日	毎週火曜日 13時から14時まで
-----	------------------

緊急連絡先 (電話番号)	
-----------------	--

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～最終訪問日を記載。

適切な支援を行うため、必要に応じていきいき支援センターやケアマネジャー、行政機関に提供することがあります。

- 緊急時や体調の変化等の状況、事故の発生により、サービス提供の中止・終了をすることがあります。その場合、緊急連絡先に連絡を行う等、必要な措置を講じます。
- キャンセルされる場合は事前にご連絡ください。事前連絡のないキャンセルが2度あった場合、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】 愛知県柔道整復師会 TEL:052-871-2211