


わたしのカルテ

※ これは、いきいき支援センターとみなさまをつなぐ大切な情報となりますので、できるかぎり記入してください。

記入日	年 月 日 ()		介護保険被保険者番号			
現在の状況	在宅・入院又は入所中 ()					
フリガナ		男	明治	年	月	日生
本人氏名		女	大正 昭和			() 歳
住所		電話	()			
		FAX	()			
年金や障害者手帳など	年金 (国民・厚生・共済・遺族・障害・その他()) 生活保護 障害者手帳 (身体・その他) (級・度) その他 ()					
住居環境	一戸建て・集合住宅の () 階に住んでいます。(エレベーター あり・なし)					
主治医名	医療機関名 (診療科) 医師名 () 電話					
治療中の病気など *該当に○を付けてください	治療中の病気 (がん 心臓病 脳梗塞 高血圧 糖尿病 骨折 肝炎 その他) 既往歴 (がん 心臓病 脳梗塞 高血圧 糖尿病 骨折 肝炎 その他)					
家族の状況 (緊急連絡先に◎) (人暮らし)	氏名	続柄	連絡先	住所		
1日の生活・すごし方		 趣味・楽しみ・特技等		*「センター等記入欄」		
【時間】	【すごし方】	趣味・楽しみ：				
起床 (:)	()	特技・職業歴など：				
朝食 (:)	()	最近 (ここ数年)、				
昼食 (:)	()	始めたこと []				
夕食 (:)	()	辞めたこと []				
就寝 (:)	()					

本人及び家族は、「いきいき支援センター」が本書及び介護予防サービス・支援計画書等の本人及び家族に関する個人の記録を、介護予防支援及び第1号介護予防支援事業等の実施並びに緊急時の安否確認において必要な範囲で関係する者(主治医、事業者、行政等)に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No. _____

利用者名 _____ 様（男・女） 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援 1・要支援 2	事業対象者
----------	---------	-------------	-------

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（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間	
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい
 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○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	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 印

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)

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	
	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了