介護予防支援計画書（伊予市基準緩和型サービス用）

No　　利用者氏名　　様　（ 男 ・ 女 ）　　歳　地域包括支援センター担当者　　委託先事業所

事業対象者認定日　平成　　年　　月　　日　　計画作成日　平成　　年　　月　　日　　委託先担当者

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	目標	支援計画			期限
			本人のセルフケアや家族の支援・インフォーマルサービス	総合事業のサービス	利用先	
活動（運動・移動）について						
日常生活（家庭生活）について						
社会参加・対人関係						
健康管理について						

基本チェックリスト結果					
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
／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　　印