

介護予防サービス・支援計画書①

利用者名 練馬 太郎 様
被保険者番号 1000000000

初回継続区分	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 継続
要介護度	<input checked="" type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 事業対象者
認定期間	平成30年4月1日 ~ 平成31年3月31日
計画実施期間	平成30年4月1日 ~
認定年月日(※)	平成30年4月1日 <input type="checkbox"/> 認定申請中

※事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日

計画作成者氏名 ああ

担当地域包括支援センター 練馬地域包括支援センター

計画作成(変更)日 平成30年11月23日

(初回作成日: 平成27年4月22日)

計画作成事業者 慈生会中野ケアプランセンター
事業所および所在地(連絡先) 江古田3-15-2 03-3387-1021

アセスメント領域と現在の状況	平成29年 4月1日 実施	支援を必要とする領域	本人・家族の意向・意欲	平成29年 9月30日 評価
運動と移動				
階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	いいえ	運動機能低下		いいえ
椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	いいえ	運動機能低下		いいえ
15分位続けて歩いていますか	いいえ	運動機能低下		はい
この1年間に転んだことがありますか	はい	運動機能低下		はい
転倒に対する不安は大きいですか	はい	運動機能低下		はい
バスや電車で1人で外出していますか	いいえ	生活機能低下		はい
週に1回以上は外出していますか	いいえ	閉じこもり予防		はい
昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	閉じこもり予防		はい
自由記載欄				
家庭生活				
日用品の買い物をしていますか	いいえ	生活機能低下		はい
預貯金の出し入れをしていますか	いいえ	生活機能低下		いいえ
周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	はい	物忘れ予防		はい
自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	いいえ	物忘れ予防		いいえ
今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	物忘れ予防		はい
自由記載欄				
社会参加				
友人の家を訪ねていますか	いいえ	閉じこもり予防		いいえ
家族や友人の相談にのっていますか	いいえ	閉じこもり予防		いいえ
(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	はい	うつ予防		いいえ
(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	はい	うつ予防		はい
(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	はい	うつ予防		いいえ
(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	はい	うつ予防		はい
(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	はい	うつ予防		はい
自由記載欄				
健康管理				
半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	口腔内ケア		いいえ
お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	口腔内ケア		はい
口の渇きが気になりますか	はい	口腔内ケア		はい
6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	はい	栄養改善		いいえ
身長[]cm 体重[]kg →				20
健康のために自分で務めていることは何ですか				
自由記載欄				

健康状態について
(現病歴、既往歴、主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点等を記載)

ああああああああああ