

第 1 号様式 (第 5 条第 3 号関係)

利用者基本情報

作成担当者 :

【基本情報】

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()			
氏名 本人氏名	男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳		
住所	Tel ()			
	Fax ()			
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・			
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住所 連絡先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

《介護予防に関する事項》

今までの生活				
現在の生活状況(どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者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. _____ 性別（男・女） 歳 誕生日 年 月 日 要支援1・要支援2 事業対象者

利用姓名 _____ 認定済・申請中

計画作成者氏名 _____ 契約の場合：計画作成者事業番号・事業所名及び所在地（郵便番号） _____

計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日） _____ 担当地域包括支援センター： _____

日曜とする生否 _____

1日		1週		支援計画								
アセスメント結果と現在の状況	本人・家族の意向（希望・意向）	実施における課題	総合的課題	実施に対する目標と実施策の提案	具体策についての意向（本人・家族）	目標	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアやケアの支援・インフォームド・コンセント（計画サービス）	介護員以外によるケア（身体要介のサービス）	サービス種別	事業番号（利用先）	期間
理解・参加について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
日常生活（暮らし生活）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					()						
介護管理について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						

介護状態について 生活不能状態、認知障害、精神障害等生じた状態

総合的ケア方針：生活不能状態の改善予防のポイント _____

【意見】 _____

【確認印】 _____

計画に關する同意 _____

上記計画について、同意いたします。 _____ 年 月 日 氏名 _____ 印 _____

※本チェックリストの（該当した項目自決）／（不該当項目自決）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	栄養不足	口腔ケア	認知症	褥しこみ	褥しこみ予防	うつ
✓5	✓2	✓3	✓2	✓3	✓3	✓5

民間活用型生活機能向上サービス
初回評価・サービス計画書

氏名

様

初回評価実施日

✿ 体力測定結果など ✿

評価項目	初回	最終	評価項目	初回	最終
握力 (kg)	右		30秒立ち座りテスト (回)		
	左			5m歩行時間 (秒)	通常
開眼片足立ち (秒)	右		最大		
	左		Timed up & Go (秒)		
主観的健康観			主観的幸福感 (点)		
※1:とても健康である 2:まあ健康である 3:あまり健康でない 4:健康でない			※0点:幸せでない~10点:幸せである		

✿ 改訂日本版フレイル基準 ✿

項目	初回	最終
6か月間で2~3kg以上の体重減少		
握力:男性28kg未満、女性18kg未満		
(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする		
通常歩行速度が1.0m/秒未満		
「軽い運動・体操」と「定期的な運動・スポーツ」の両方とも、週に1日もしていない		
0項目:健常、1~2項目:プレフレイル、3項目以上:フレイル	合計点数	0

✿ 手段的日常生活動作 ✿

項目	判断基準	初回	最終
食事の用意	0:していない 1:まれにしている		
食事の片付け	2:1~2回/週 3:回以上/週		
洗濯	0:していない 1:まれにしている 2:1回未満/週 3:1回以上/週		
掃除や整頓			
力仕事			
買物			
外出			
屋外歩行			
趣味			
交通手段の利用			
旅行			
庭仕事		0:していない 1:時々 2:定期的 3:植替等も実施	
家や車の手入れ	0:していない 1:電球取替、ねじ止め 2:ペンキ塗り、模様替え、洗車 3:家の修理、車整備		
読書	0:読んでいない 1:まれに 2:1回/月 3:2回以上/月		
仕事	0:していない 1:1~9時間/週 2:10~29時間/週 3:30時間以上/週		
合計点数			