

西東京市介護予防・日常生活支援総合事業支援計画表

利用者名：様

認定区分： 認定期間： 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

町地域包括支援センター 計画作成者名： 計画作成事業者(委託の場合)：

計画作成（変更）日：令和 年 月 日（初回作成日：令和 年 月 日）

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
/5	/2	/3	/2	/3	/5

短期目標（1日、1週間、1か月）		☐ 長期目標 ☐ （ ）か月後の目標（ありがたい姿・暮らし）			
現在の状況と本人の強み		総合的課題		支援計画	
①運動・移動②日常生活③社会参加・対人関係④健康管理				具体的な内容（サービス種別・事業者名）	頻度 期間
				本人の取組	
				家族・地域の支援・民間サービス等	
				介護保険サービスまたは地域支援事業	

【健康状態：主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点】

【担当地域包括支援センター使用欄 ※委託の場合】

【利用者記入欄】上記計画について、同意いたします。

令和 年 月 日

【氏名】

【評価予定日】 令和 年 月 日（評価作成日：令和 年 月 日）

目標の達成について	改善された点、達成できなかった要因・原因	今後の方針
☐ 達成 ☐ 未達成		