

総合事業(介護予防・生活支援サービス事業)利用相談票

地域包括支援センター() 管理者 様

受付NO.

担当	事業所名 () 担当者名 ()	
利用者	氏名 ()	被保険者番号()
	要支援1 ・ 要支援2 ・ 事業対象者 ・ 暫定 (理由)	
利用状況	<input type="checkbox"/> 新規利用者 <input type="checkbox"/> 更新利用者 (引き続き週2回利用が必要)	
	サービス利用開始日 (年 月 日)	

	①原因(疾患等)	②治療内容	③現状	④生活の支障
現在の心身の状況(概要)				
	<input type="checkbox"/> 上記により、当面は、(訪問型 ・ 通所型)サービスを週2回利用する支援計画としたい。 <input type="checkbox"/> 上記により、当面は、(訪問型 ・ 通所型)サービスを週2回程度利用する支援計画としたい。			
2回利用の理由	(添付資料) 介護予防サービス・支援計画表及び利用票:別添のとおり			

地域包括支援センター記入欄

コメント欄 <input type="checkbox"/> 身体機能低下により、積極的な運動等を要する <input type="checkbox"/> 認知機能の低下がみられ、他者との交流の機会を要する <input type="checkbox"/> 心身等の低下がみられ、食事・入浴等の日常生活に支援を要する(独居・介護者不在) <input type="checkbox"/> その他 (留意点)利用者様の身体状況や家族の支援、生活の支障や具体的支援内容はプラン中に記載してください。
確認日 年 月 日 確認者氏名()

相談は①新規②更新③変更④暫定(要支援と見込まれる場合)プラン作成時にお願いします。