

マイ・ケアプラン（１）

（介護予防サービス・支援計画表）

No. _____

名前 _____ 様 _____

記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

①今の生活や身体の状況 (今していること、難しくなっていることなど)	②今の状況に対して希望すること (以前していたこと、続けたいことなど)	③望む生活に必要なこと・解決したいこと (ニーズ)
A : 活動面について(室内外の移動方法、交通機関の利用など)		望む生活

B : 日常生活について(家事や家庭での役割、楽	<p style="color: red; font-weight: bold;">①今の生活や身体の状況(今していること、難しくなっていることなど)に、介護予防福祉用具貸与の要件に該当する状態像を記載しておくこと。</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">例) 起き上がりや寝返りの状況 など</p>	④望む生活を実現するための目標
C : 社会や人との関わりについて(仕事、地		⑤望む生活を実現するための具体的な方法
D : 健康面について(体調、病気、食事、睡眠、自己管理など)		

<p style="text-align: center;">備考欄</p> <div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="color: red; text-align: center;">医学的な所見を確認した医療機関名・医師名及び医学的な所見を記載する。</p> </div>	<p>担当者所属：</p> <p>担当者名：</p>
---	-------------------------------