**マイ・ケアプラン（１）**

№

（介護予防サービス・支援計画表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名前 |  | 様 |  | 記入日 | 令和 |  | 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・楽しみなど） | |
|  |  |
| 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・地域・家族・趣味など） | |
|  |  |
| 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） | |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 備考欄 | 担当者所属：  担当者名： |
|  |

初回　継続　　　　認定済　申請中　　　　要支援１　要支援２　事業対象者　　　　介護予防支援　従来型　簡易型　セルフ型