

介護予防ケアプラン提出書類確認表

小野市地域包括支援センター宛

被保険者番号 _____

事業者名 _____

利用者名 _____

担当介護支援専門員名 _____

<初回時>

	項目	事業者チェック	包括チェック	備考
1	利用者基本情報			
2	基本チェックリスト(25項目)			
3	サービス担当者会議議事録			
4	介護予防サービス・支援計画表			

<評価(6カ月以内)時・終了時>

	項目	事業者チェック	包括チェック	備考
1	サービス評価表			
2	支援経過表 ※1			

<変更時(サービスの一部追加・変更)> ※軽微な変更は含まない

	項目	事業者チェック	包括チェック	備考 (変更内容を記入)
1	サービス評価表 ※2			
2	介護予防サービス・支援計画表			
3	サービス担当者会議議事録			

<プラン有効期間満了時・区分変更時(要支援1⇔要支援2)>

	項目	事業者チェック	包括チェック	備考
1	サービス評価表			
2	利用者基本情報			
3	基本チェックリスト(25項目)			
4	サービス担当者会議議事録			
5	介護予防サービス・支援計画表			
6	支援経過表 ※1			

《留意事項》

- ※1 システムが入っていない事業者は、支援経過表の提出をお願いします。
- ※2 状態の変化による見直し、前回のプランと内容が異なる場合は提出ください。
- ※3 プラン同意のサインは本人の名前でお願いします。
- ※4 プラン同意日は、サービス開始以前の日を記入してください。
- ※5 プランの有効期間(1年以内)・評価期間(6カ月以内)に注意してください。