ライフサポートプラン①　　　　　　　　　　　　作成日：　　年　　月　　日

様式３

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者名：　　　　　　　　　殿 | 生年月日：　　　　　年　　月　　日 | 住所： |
| 事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（計画作成担当者：　　　　　　　　　　） | | |
| 認定日：　　年　　月　　日　　認定の有効期間：　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日　　　　要介護状態区分： | | |
| 審査会の意見： | | |
| 本人の望む暮らしの意向： | | |
| 当面の具体的な目標：（活動・参加の目標）    （心身機能の目標） | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 目標を達成するための課題 | 目標を達成するための具体的な役割と内容　等 | | | | | | | | | | |
| 本人 | | 家族・介護者 | | 地域,医療,その他 | | 事業所 | 期間 | | 場所 | 備考 |
|  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |
| 他の介護保険サービスの必要と具体的課題 |  | | | | | | |  | |  |  |
| 確認欄 | | 年　　月　　日 | | 氏名 | | | 代筆  　（続柄） | | |