様式7

**介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）　サービス評価表**

評価日　　　　　　月　　　日　　　日

利用者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　計画作成者氏名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 目　　標 | 評価期間 | 目標体制状況 | 目標  達成/未達成 | 目標達成しない原因  （本人・家族の意見） | 目標達成しない原因  （計画作成者の評価） | 今後の方針 |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 総合的な方針 | 地域包括支援センター意見 | | |
|  | □プラン継続  □プラン変更  □終了 | □介護給付  □予防給付  □総合事業  □一般介護予防事業  □終了 |