

【個別機能訓練計画書】

作成日 平成 年 月 日		前回作成日 平成 年 月 日		計画作成者					
ふりがな	性別	生年月日		介護認定	管理者	看護	介護	機能訓練	相談員
氏名		昭和 年 月 日生							
本人の希望		家族の希望		障害老人の日常生活自立度					
				<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
病名、合併症（心疾患、呼吸器疾患等）		生活課題		在宅環境（生活課題に関連する在宅環境課題）					
運動時のリスク（血圧、不整脈、呼吸等）									

個別機能訓練加算 I

長期目標 年 月		目標達成度	達成 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 未達 <input type="checkbox"/>
短期目標 年 月		目標達成度	達成 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 未達 <input type="checkbox"/>

①	プログラム内容	留意点	頻度	時間	主な実施者
②					
③					

プログラム立案者

個別機能訓練加算 II

長期目標 年 月		目標達成度	達成 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 未達 <input type="checkbox"/>
短期目標 年 月		目標達成度	達成 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 未達 <input type="checkbox"/>

①	プログラム内容	留意点	頻度	時間	主な実施者
②					
③					
④					

(注) 目的を達成するための具体的内容を記載する。(例：買い物に行けるようになるために、屋外歩行を練習するなど)

プログラム立案者

特記事項

プログラム実施後の変化（総括）再評価日 平成 年 月 日

上記計画の内容について説明を受けました。	平成 年 月 日
ご本人氏名	
ご家族氏名	

上記計画に基づきサービスの説明を行い	平成 年 月 日
内容に同意いただきましたので、ご報告申し上げます。	
介護支援専門員様/事業所様	