

介護予防実績・評価報告書（福祉用具）

4年 3月分FAXを利用する場合は、氏名を塗りつぶす
などし、後日、原本を提出すること。

利用者氏名	〇〇 〇〇 様	支援 区分	要支援 1・2	有効期間 ～	3年10月1日 4年9月30日
-------	---------	----------	---------	-----------	--------------------

サービスコード		サービス内容略称	単位	利用期間	
種類	項目			月 日	～
67	1007	予防手すり貸与	500	3月 1日	～ 3月 31日
				月 日	～ 月 日
				月 日	～ 月 日
				月 日	～ 月 日
				月 日	～ 月 日
				月 日	～ 月 日

【実績単位数】 合計単位数を記入

合計 500 単位

【サービス事業所の計画の目標】	【目標の評価】
地域包括支援センター（指定介護予防支援事業所）のケアプランの目標に沿って、事業所で検討した目標を記入してください。 ※ 具体的支援内容も含めて	事業所の目標に対する本人のご様子を含めた評価を記入してください。

【その他の特記事項】 ※利用者の状況の変化、新たなニーズ、支援経過、計画の変更等ご意見があればご記入ください。

ご本人の状況の変化や新たなニーズ、計画変更に必要な意見等あれば記入してください。

上記のとおり、介護予防利用実績について報告します。

年 月 日 事業所名

担当者名