

4年10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。

責・評価報告書

利用者氏名	〇〇 〇〇 様	支援区分	要支援 1・2	有効期間	4年10月1日 ～ 5年9月30日
利用サービス	通所リハ・訪問看護・訪問リハ・訪問入浴・その他()				
週間予定日	曜日	月 曜日	利用時間	10時15分～15時00分	
	曜日	木 曜日	利用時間	10時15分～15時00分	
	曜日	曜日	利用時間	時 分～時 分	

サービス実施期間	4年10月1日～4年10月31日
----------	------------------

【利用日】※利用日を記入

日	月	火	水	木	金	土	備考
	3			6			
	10			13			
	17			20			
	24			27			
	31						

利用月の利用曜日の欄に日にちを記入。備考欄には、利用日に変更

サービスコード		サービス内容略称 ※加算・減算についても「〇〇加算(減算)」としてご記入ください。	単位
種類	項目		
66	2121	予防通所リハビリ22	3715
66	5002	予防通所リハビリ運動器機能向上加算	225

【実績単位数】 合計単位数を記入 (※処遇改善加算・提供体制強化加算は含まず)

合計 3940 単位

※介護職員処遇改善加算	(I ・ II ・ III)	単位
※介護職員等特定処遇改善加算	(I ・ II)	単位
※サービス提供体制強化加算	(I ・ II ・ III)	単位
※介護職員等ベースアップ等支援加算	(なし ・ あり)	

【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