

介護予防実績・評価報告書(短期入所)

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。

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
-------	---------	------	-----------	------	----------------------

サービス実施期間	4年10月14日～	4年10月16日
	年 月 日	年 月 日

サービスコード		サービス内容略称	単位数	回数	サービス単位
種類	項目	<small>※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。</small>			
24	1121	予単独短期生活 I 2	572	3	1716
24	9200	予短期入所生活介護送迎加算 片道	184	2	368

【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 **2084** 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