**介護予防サービス利用状況報告書（介護予防通所介護相当サービス）**

□　紀の川市地域包括支援センター

□　居宅介護支援事業所：

　　担当：　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　サービス事業所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※□にチェックを入れて下さい。 | | 報告日 | 年　　月　　日 |
| 利用者氏名 | 様　被保険者番号（　　　　　　　　）　要支援１・２・事業対象者 | | |
| 介護予防サービス・支援計画書の目標 |  | | |
| 個別サービス  計画の目標 |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　　月サービス利用状況 | | **請求総単位数：　　　　　　単位** |
| |  | | --- | | ※提供時間帯（計画予定時間） | | （　　　曜）（　　：　　～　　：　　） | | （　　　曜）（　　：　　～　　：　　） |   ◆利用日に○をつける  15  16  17  18  19  20  21  8  9  10  11  12  13  14  22  23  24  25  26  27  28  29  30  31  ※予定時間と異なる場合は  日付の下に時間を記入して下さい  1  2  3  4  5  6  7   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| ◆加算(減算)状況  □若年性認知症利用者受入加算・・・【　　　単位】  □生活機能向上グループ活動加算・・【　　　単位】  □運動器機能向上加算・・・・・・【　　　単位】  □栄養改善加算・・・・・【　　　単位】  □栄養アセスメント加算・・・・・【　　　単位】  □口腔機能向上体制加算（Ⅰ・Ⅱ）・・【　　　単位】  □口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ・Ⅱ）・【　　　単位】  □選択的サービス複数実施加算（Ⅰ・Ⅱ）・【　　　単位】  □科学的介護推進体制加算・・・・・【　　　単位】 | □サービス提供体制強化加算　（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）  ・・・・・・・【　　　単位】  □事業所評価加算・・・・・・・【　　　単位】  □生活機能向上連携加算(Ⅰ・Ⅱ)・・【　　　単位】  □介護職員処遇改善加（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）  □介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ・Ⅱ）  □中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算  ・・・・・・・・・・・　・・・・・【　　　単位】  □同一建物に対する減算・・・・・【　　　単位】  □職員の欠員による減算・・・・・【　　　単位】  □定員超過による減算・・・・・【　　　単位】 | |
| ◆サービス内容  □送　迎　　□バイタルチェック　　□食　事　　□入　浴　　□体　操　　□カラオケ  □レクリエーション（　　　　　　　　　　　　　）　　□その他（　　　　　　　　　　　　） | | |
| ◆提供内容における利用時の様子及び提供時の状況をご記入下さい。   |  | | --- | |  |   ◆個別サービス計画の変更  　□必要あり（来月より目標変更します）　□必要なし（目標として継続）   |  | | --- | | ※その他、連絡事項が御座いましたらご記入下さい。 | | | |

※サービス事業所から地域包括支援センター（委託の場合は居宅介護支援事業所）へ、翌月３日までにご報告ください。