**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1516171819202189101112131422232425262728293031※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1234567

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |
| ◆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。