**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）**

□　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 | 平成　　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 |
| 介護予防ケアプランの目標 |  |
| 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** |
| ◆利用日　　　　１　　２　　３　　４　　５　　６　　７　　　　　　　　８　　９　１０　１１　１２　１３　１４　　　※提供時間帯　　　　　　　１５　１６　１７　１８　１９　２０　２１　　　（　　：　　～　　：　　）　　　　　　　２２　２３　２４　２５　２６　２７　２８　　　　　　　２９　３０　３１　　　　　　　　※利用日に○をつける |
| ◆加算状況　　□生活機能向上グループ加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□選択的サービス複数実施加算（Ⅰ・Ⅱ）□運動機能向上加算　　□栄養改善加算　　□口腔機能向上加算・・・・【　　　　単位】□サービス提供体制強化加算（Ⅰ(イ)・Ⅰ(ロ)・Ⅱ）・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□同一建物に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□事業所評価加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】□介護職員処遇改善加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）※限度額外　　　　□**加算なし**　　加算項目の状況（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ◆サービス内容　　□送迎　　□バイタルチェック　□食事　　　□入浴　　□体操　　□運動　　□カラオケ　　□手芸　　□塗絵　　□折紙　　□ゲーム　　□囲碁将棋　　□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。

|  |
| --- |
|  |

 |

※　この様式は、介護予防サービス事業所（通所介護）から地域包括支援センター（受託の場合は居宅介護支援事業所）へ、

　各月サービス利用状況を翌月の３日までに必ずご報告頂くものです。

**介護予防サービス利用状況報告書（介護予防訪問介護相当）**

□　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 | 平成　　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 |
| 介護予防ケアプランの目標 |  |
| 個別サービス計画の目標 |  |

※　利用頻度の変更希望や目標達成状況により頻度変更が必要、または月額料金の見直しが必要判断された場合には、そ

　の他連絡事項欄にご記入いただくか、直接ご連絡下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 　　年　　月サービス利用状況 | **請求総単位数：　　　　　　単位** |
| ◆利用日　　　　１　　２　　３　　４　　５　　６　　７　　※提供時間帯（計画予定時間）　　　　　　　　８　　９　１０　１１　１２　１３　１４　（　　曜）（　：　　～　：　　）　　　　　　　１５　１６　１７　１８　１９　２０　２１　（　　曜）（　：　　～　：　　）　　　　　　　２２　２３　２４　２５　２６　２７　２８　（　　曜）（　：　　～　：　　）　　　　　　　２９　３０　３１　　　　　　　　※利用日に○をつける |
| ◆加算状況　　□初回加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□生活機能向上連携加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□同一建物に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□サービス提供責任者配置減算（70/100）・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□介護職員処遇改善加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）※限度額外　　　　　□**加算なし** |
| ◆サービス内容　　□買物　　□調理　　□洗濯　　□掃除　　□薬受　　□通院介助　　□入浴介助　　　□服薬確認　　□布団干し　　□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。

|  |
| --- |
|  |

 |

※　この様式は、介護予防サービス事業所（訪問介護）から地域包括支援センター（受託の場合は居宅介護支援事業所）へ、　各月サービス利用状況を翌月の３日までに必ずご報告頂くものです。

**介護予防サービス利用状況報告書（通所型サービスA）**

□　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 | 平成　　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 |
| 介護予防ケアプランの目標 |  |
| 個別サービス計画の目標 |  |

※　利用頻度の変更希望や目標達成状況により頻度変更が必要、または月額料金の見直しが必要判断された場合には、そ

　の他連絡事項欄にご記入いただくか、直接ご連絡下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 　　年　　月サービス利用状況 | **請求総単位数：　　　　　　単位** |
| ◆利用日（○等を付ける）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ |
| ８ | ９ | １０ | １１ | １２ | １３ | １４ |
| １５ | １６ | １７ | １８ | １９ | ２０ | ２１ |
| ２２ | ２３ | ２４ | ２５ | ２６ | ２７ | ２８ |
| ２９ | ３０ | ３１ |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | サービス区分 | 回数 | 請求単位 |
| ○ | 通A　2～3時間 | 回 | 単位 |
| ● | 通A　3時間～ | 回 | 単位 |

 |
| ◆加算状況　　□介護職員処遇改善加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）※限度額外　　　　　□**加算なし**　　□同一建物に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□定員超過に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□人員基準欠如に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】 |
| ◆サービス内容　　□送迎　　□バイタルチェック　□食事　　　□体操　　□運動　　□カラオケ　　□手芸　　□塗絵　　□折紙　　□ゲーム　　□囲碁将棋　　□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。

|  |
| --- |
|  |

 |

※　この様式は、介護予防サービス事業所（訪問介護）から地域包括支援センター（受託の場合は居宅介護支援事業所）へ、

　各月サービス利用状況を翌月の３日までに必ずご報告頂くものです。

**介護予防サービス利用状況報告書（訪問型サービスA）**

□　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 | 平成　　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 |
| 介護予防ケアプランの目標 |  |
| 個別サービス計画の目標 |  |

※　利用頻度の変更希望や目標達成状況により頻度変更が必要、または月額料金の見直しが必要判断された場合には、そ

　の他連絡事項欄にご記入いただくか、直接ご連絡下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 　　年　　月サービス利用状況 | **請求総単位数：　　　　　　単位** |
| ◆利用日（○等を付ける）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ |
| ８ | ９ | １０ | １１ | １２ | １３ | １４ |
| １５ | １６ | １７ | １８ | １９ | ２０ | ２１ |
| ２２ | ２３ | ２４ | ２５ | ２６ | ２７ | ２８ |
| ２９ | ３０ | ３１ |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | サービス区分 | 回数 | 請求単位 |
| ○ | 訪A　20分～ | 回 | 単位 |
| ● | 訪A　20～45分 | 回 | 単位 |
| × | 訪A　45分～ | 回 | 単位 |

 |
| ◆加算状況　　□同一建物に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□サービス提供責任者配置減算（70/100）・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□介護職員処遇改善加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）※限度額外　　　　　　　□中山間地域加算（地区：　　　　　　　　）28単位　　　　　 　　　　　　**□加算なし** |
| ◆サービス内容　　□買物　　□調理　　□洗濯　　□掃除　　□薬受　　□通院介助　　□服薬確認　　□布団干し　　□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。

|  |
| --- |
|  |

 |

※　この様式は、介護予防サービス事業所（訪問介護）から地域包括支援センター（受託の場合は居宅介護支援事業所）へ、

　各月サービス利用状況を翌月の３日までに必ずご報告頂くものです。

**介護予防サービス利用状況報告書（通所型サービスC）**

□　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 | 平成　　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 |
| 介護予防ケアプランの目標 |  |
| 個別サービス計画の目標 |  |

※　利用頻度の変更希望や目標達成状況により頻度変更が必要、または月額料金の見直しが必要判断された場合には、そ

　の他連絡事項欄にご記入いただくか、直接ご連絡下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 　　年　　月サービス利用状況 | **請求総単位数：　　　　　　単位** |
| ◆利用日（○等を付ける）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ |
| ８ | ９ | １０ | １１ | １２ | １３ | １４ |
| １５ | １６ | １７ | １８ | １９ | ２０ | ２１ |
| ２２ | ２３ | ２４ | ２５ | ２６ | ２７ | ２８ |
| ２９ | ３０ | ３１ |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | サービス区分 | 回数 | 請求単位 |
| ○ | 通C　～3ヵ月 | 回 | 単位 |
| ● | 通C　4～6ヵ月 | 回 | 単位 |

 |
| ◆加算状況　　□同一建物に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□定員超過に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□人員基準欠如に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】 |
| ◆サービス内容　　□機能訓練　　□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。

|  |
| --- |
|  |

 |

※　この様式は、介護予防サービス事業所（訪問介護）から地域包括支援センター（受託の場合は居宅介護支援事業所）へ、

　各月サービス利用状況を翌月の３日までに必ずご報告頂くものです。

**介護予防サービス利用状況報告書（訪問型サービスC）**

□　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 | 平成　　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 |
| 介護予防ケアプランの目標 |  |
| 個別サービス計画の目標 |  |

※　利用頻度の変更希望や目標達成状況により頻度変更が必要、または月額料金の見直しが必要判断された場合には、そ

　の他連絡事項欄にご記入いただくか、直接ご連絡下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 　　年　　月サービス利用状況 | **請求総単位数：　　　　　　単位** |
| ◆利用日（○等を付ける）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ |
| ８ | ９ | １０ | １１ | １２ | １３ | １４ |
| １５ | １６ | １７ | １８ | １９ | ２０ | ２１ |
| ２２ | ２３ | ２４ | ２５ | ２６ | ２７ | ２８ |
| ２９ | ３０ | ３１ |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | サービス区分 | 回数 | 請求単位 |
| ○ | 訪C　～3ヵ月 | 回 | 単位 |
| ● | 訪C　4～6ヵ月 | 回 | 単位 |

 |
| ◆加算状況　　□同一建物に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】 |
| ◆サービス内容　　□機能訓練　　□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。

|  |
| --- |
|  |

 |

※　この様式は、介護予防サービス事業所（訪問介護）から地域包括支援センター（受託の場合は居宅介護支援事業所）へ、

　各月サービス利用状況を翌月の３日までに必ずご報告頂くものです。