**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 | | |
| 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　□栄養改善　□口腔機能向上　□生活機能向上連携・・・【　　　　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。