

利用者名 _____ 殿

計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標体制状況	目標 達成／未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針

地域包括支援センター意見

- プラン継続
 プラン変更
 終了

- 介護給付
 予防給付
 介護予防・生活支援サービス事業
 一般介護予防事業
 終了