

**【個別機能訓練計画書】**

|                     |         |              |                 |                       |     |     |     |      |      |    |    |    |
|---------------------|---------|--------------|-----------------|-----------------------|-----|-----|-----|------|------|----|----|----|
| 作成日：平成28年 5月 26日    |         | 前回作成日： 年 月 日 |                 | 計画作成者：                |     |     |     |      |      |    |    |    |
| フリガナ                | アズマヨシロウ | 性別           | 生年月日            | 介護認定                  | 管理者 | 看護  | 介護  | 機能訓練 | 相談員  |    |    |    |
| 利用者名                | 東 義郎 様  | 男性           | 昭和3年 3月 3日生 88歳 |                       |     |     |     |      |      |    |    |    |
| 本人の希望               |         | 家族の希望        |                 | 障害老人の日常生活自立度          |     |     |     |      |      |    |    |    |
|                     |         |              |                 | 正常                    | J1  | J2  | A1  | A2   | B1   | B2 | C1 | C2 |
|                     |         |              |                 | 認知症老人の日常生活自立度         |     |     |     |      |      |    |    |    |
|                     |         |              |                 | 正常                    | I   | IIa | IIb | IIIa | IIIb | IV | M  |    |
| 病名、合併症（心疾患、呼吸器疾患等）  |         | 生活課題         |                 | 在宅環境（生活課題に関連する在宅環境課題） |     |     |     |      |      |    |    |    |
| 運動時のリスク（血圧、不整脈、呼吸等） |         |              |                 |                       |     |     |     |      |      |    |    |    |
|                     |         |              |                 |                       |     |     |     |      |      |    |    |    |

個別機能訓練加算Ⅰ

|       |     |       |              |
|-------|-----|-------|--------------|
| 長期目標： | 年 月 | 目標達成度 | 達成 ・ 一部 ・ 未達 |
| 短期目標： | 年 月 | 目標達成度 | 達成 ・ 一部 ・ 未達 |

| プログラム内容 |  | 留意点 | 頻度 | 時間 | 主な実施者     |
|---------|--|-----|----|----|-----------|
| ①       |  |     |    |    |           |
| ②       |  |     |    |    |           |
| ③       |  |     |    |    |           |
|         |  |     |    |    | プログラム立案者： |

個別機能訓練加算Ⅱ

|       |     |       |              |
|-------|-----|-------|--------------|
| 長期目標： | 年 月 | 目標達成度 | 達成 ・ 一部 ・ 未達 |
| 短期目標： | 年 月 | 目標達成度 | 達成 ・ 一部 ・ 未達 |

| プログラム内容(何を目的に(～のために)～する)                                     |  | 留意点 | 頻度 | 時間 | 主な実施者     |
|--|--|-----|----|----|-----------|
| ①  |  |     |    |    |           |
| ②  |  |     |    |    |           |
| ③  |  |     |    |    |           |
| ④  |  |     |    |    |           |
| (注) 目的を達成するための具体的内容を記載する。(例：買い物に行けるようになるために、屋外歩行を練習するなどを記載。) |  |     |    |    | プログラム立案者： |

特記事項

プログラム実施後の変化（総括）再評価日： 年 月 日

上記計画の内容について説明を受けました。  
年 月 日

上記計画書に基づきサービスの説明を行い  
内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。  
年 月 日

ご本人氏名：  
ご家族氏名：

介護支援専門員様/事業所様

|       |                 |      |      |               |      |
|-------|-----------------|------|------|---------------|------|
| 事業所名  | 介護老人福祉施設ファーストケア | 〒    | 住所   | 神奈川県川崎市麻生区霜浅尾 | 管理者： |
| 事業所番号 | 140000052       | Tel. | Fax. |               | 説明者： |