

通所介護計画書①

利用者氏名 _____ 様

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 作成

①ご利用の曜日、時間帯（該当する曜日=レ点）

月曜日（ ~ ）
 火曜日（ ~ ）
 水曜日（ ~ ）
 木曜日（ ~ ）
 金曜日（ ~ ）
 土曜日（ ~ ）

②基本的なサービス項目
 : 下記のサービスを提供する時間帯を右の表に記載しています。

・送迎サービス あり なし
 ・入浴サービス 器械浴 一般浴
 ・食事サービス 介助 介助なし
 ・排泄介助サービス 介助 介助なし
 ・機能訓練 あり なし

*具体的なサービス内容、提供の方法等の詳細は、「通所介護計画書②」に記載しています。

③介護保険給付対象外サービス
 : 通所介護事業所で提供する基本的なサービス以外のサービスです。

*該当するサービスがない場合は、記入していません。

・[]
 ・[]
 ・[]

*右の表では、介護保険給付対象外のサービスに「※」印をつけています。

曜日	月・火・水・木・金・土・日	月・火・水・木・金・土・日	月・火・水・木・金・土・日
時間	基本的なサービス内容①	基本的なサービス内容②	基本的なサービス内容③
7:00			
8:00			
9:00			
10:00			
11:00			
12:00			
13:00			
14:00			
15:00			
16:00			
17:00			
18:00			

○必要に応じて提供するサービス(利用当日のご本人の状況にあわせて提供するサービスなど)

*1週間のご利用の曜日が複数の場合でも、曜日ごとのサービス内容、提供する時間帯が同一あるいはほぼ同一の場合は、上記「基本的なサービス内容①」欄への記入のみとなり、最上部の「曜日」欄でご利用の曜日に○印をつけることとしています。
 *ご利用の曜日によって基本的なサービス内容、提供する時間帯が異なる場合は、「基本的なサービス内容②」欄、同③の欄を使用し、それぞれ「曜日」欄の該当する曜日に○印をつけます。
 *介護保険給付対象外のサービスには、「※」印をつけています。

上記の通所介護計画書① 別紙②について、通所介護サービス事業所の相談員より説明を受け、サービスの実施を承諾致しました。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 利用者又は代理人氏名 _____ 印