

受講番号 _____ 氏名 _____

施設サービス計画書(1)

作成年月日: _____年 _____月 _____日

第1表

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 _____ 殿 生年月日 _____年 _____月 _____日 住所 _____

施設サービス計画作成者氏名 _____

施設介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____

施設サービス計画作成(変更)日 _____年 _____月 _____日 初回施設サービス計画作成日 _____年 _____月 _____日

認定日 _____年 _____月 _____日 認定の有効期間 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

要介護状態区分 _____ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果

.....

.....

.....

.....

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

.....

.....

.....

総合的な援助の方針

.....

.....

.....

受講番号 氏名

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0 : 00								
	2 : 00								
	4 : 00								
早朝	6 : 00								
	8 : 00								
午前	10 : 00								
	12 : 00								
	14 : 00								
午後	16 : 00								
	18 : 00								
夜間	20 : 00								
	22 : 00								
深夜	24 : 00								

週単位以外のサービス

(注) 「週間サービス計画表」との選定による使用可

受講番号 氏名

日課計画表

作成年月日 年 月 日

第4表 利用者名 殿

		共通サービス	担当者	個別サービス	担当者	主な日常生活上の活動
深夜	0 : 00					
	2 : 00					
	4 : 00					
早朝	6 : 00					
	8 : 00					
午前	10 : 00					
	12 : 00					
	14 : 00					
午後	16 : 00					
	18 : 00					
夜間	20 : 00					
	22 : 00					
深夜	24 : 00					
随時実施するサービス						

その他のサービス	
----------	--

(注) 「週間サービス計画表」との選定による使用可