

施設サービス計画書（1）

作成年月日 年 月 日

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及び職種 _____

施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地 _____

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

.....

.....

.....

.....

介護認定審査会の
意見及びサービス
の種類指定

.....

.....

.....

統合的な援助の
方針

.....

.....

.....

.....

週間サービス計画表

利用者名 _____ 殿

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

週単位以外のサービス	
------------	--

(注) 「日課表」との選定による使用可。

第4表

日課計画表

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	4:00					
	6:00					
早朝	8:00					
	10:00					
午前	12:00					
	14:00					
午後	16:00					
	18:00					
夜間	20:00					
	22:00					
深夜	24:00					
	2:00					
	4:00					
随時実施するサービス						
その他のサービス						

共通サービスの例
食事介助
朝食
昼食
夕食
入浴介助 (曜日)
清拭介助
洗面介助
口腔清潔介助
整容介助
更衣介助
排泄介助
水分補給介助
体位交換

(注) 「週間サービス計画表」との選定による使用可。

サービス担当者会議の要点

利用者名 _____ 殿 施設サービス計画作成者(担当者)氏名 _____

開催日 _____ 年 月 日 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)						

参考

サービス担当者に対する照会(依頼)内容

利用者名 _____ 殿

施設サービス計画作成者(照会者)氏名 _____

サービス担当者会議を開催しない理由
ないし会議に出席できない理由

照会(依頼)先	照会(依頼)年月日	照会(依頼)内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容

※サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。

