訪問型サービス　計画書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 計画作成者（サービス提供責任者） | 作成年月日 | 年　 　月 　 日 |
|  |  |
| 利用者氏名 | 男・女 | 住　所 |  |
| 連絡先 |  |  | 主介護者 | （続柄：　　） |
| 要介護度 | 要支援（　　　　） | 認定有効期間 | 平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日 |
| 介護保険証原本確認日 | 平成　　年　　月　　日 | 確認者 |  |
| 担当居宅介護支援事業所 |  | 担当介護支援専門員 |  |
| 訪問型サービス提供の期間 | 平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日 |

**【援助目標】**

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者及び家族の希望 | （本人） |
| （家族） |
| 解決すべき課題 |  |
| 援助目標 | 長期目標 |  |
| 短期目標 |  |

**【援助内容】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス区分 | サービスの項目 | サービスの具体的内容 | 所要時間 | 留意事項・特記事項 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**【週間計画表】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 週間計画 |  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 区分 |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間 |  |  |  |  |  |  |  |
| 区分 |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間 |  |  |  |  |  |  |  |
| 区分 |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間 |  |  |  |  |  |  |  |
| 区分 |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間 |  |  |  |  |  |  |  |

以上、訪問型サービス計画書に基づきサービス提供を行います。訪問型サービス計画書の説明を致しました。

平成　　年　　月　　日

サービス提供責任者

訪問型サービス計画書の説明を受け、援助内容に同意致します。

平成　　年　　月　　日

本　　人　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

代理人・家族（続柄）　　　　　　　　　　　（　　　　）㊞