

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	_____ _____ _____
-----------	-------------------------

生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ _____ ）
--------------	--

受講番号 _____ 氏名 _____

週間サービス計画表

作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

第3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	0 : 00								
	2 : 00								
	4 : 00								
早朝	6 : 00								
	8 : 00								
	10 : 00								
午前	12 : 00								
	14 : 00								
	16 : 00								
午後	18 : 00								
	20 : 00								
	22 : 00								
夜間	24 : 00								

週単位以外のサービス _____

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					
	20:00					
夜間	22:00					
	24:00					
深夜						
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