

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

# 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					
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