

(別紙様式2-2-③)

利用者番号 _____ 氏名: _____ 様

作成年月日: 202●年 月 日 確定年月日:

■サービス提供中の具体的対応 ※訪問リハビリテーションで活用する場合は下記の記載は不要。

	開始～1時間	1時間～2時間	2時間～3時間	3時間～4時間	4時間～5時間	5時間～6時間	6時間～7時間	7時間～8時間	～(時間)
利用者									
看護職									
介護職									
PT									
OT									
ST									
その他 ()									
必要なケアとその方法									

<input type="checkbox"/> 訪問介護の担当者と共有すべき事項	<input type="checkbox"/> 訪問看護の担当者と共有すべき事項	<input type="checkbox"/> その他、共有すべき事項 ()

【情報提供先】 介護支援専門員 医師 (地域密着型)通所介護 ()

■社会参加支援評価

- 訪問日 () 居宅サービス計画(訪問しない理由:
- サービス等利用あり → (介護予防)(地域密着型、認知症対応型)通所介護 (週 回) (介護予防)通所リハ (週 回)
- 訪問型サービス (週 回) (介護予防)小規模多機能型居宅介護 (週 回)
- 地域活動へ参加 ()
- 看護小規模多機能型居宅介護 (週 回) 家庭で役割あり 就労 通所型サービス (週 回)

■現在の生活状況

--