

【通所介護計画書】

作成日：令和 年 月 日				前回作成日：令和 年 月 日				初回作成日：令和 年 月 日			
フリガナ 氏 名		性別 男	大正 / 昭和 年 月 日 生 () 歳		要介護度 要介護○		計画作成者： 職種：				
障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2								認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M			

I 利用者の基本情報

通所介護利用までの経緯(活動歴や病歴)

利用者本人の希望

家族の希望

利用者本人の社会参加の状況

利用者の居宅の環境 (利用者の居宅での生活状況をふまえ、特によく使用する場所・使用したいと考えている場所の環境を記入)

健康状態(病名、合併症(心疾患、吸器疾患等)、服薬状況等)

ケアの上での医学的リスク(血圧、転倒、嚥下障害等)・留意事項

II サービス利用目標・サービス提供内容の設定

利用目標

長期 目標	設定日 達成予定日		目標 達成度	達成 ・ 一部 ・ 未達
短期 目標	設定日 達成予定日		目標 達成度	達成 ・ 一部 ・ 未達

サービス提供内容 (※)

目的とケアの提供方針・内容		評価			迎え (有 ・ 無)	
		実施	達成	効果、満足度など		
①		実施	達成		プログラム (1日の流れ)	
		一部	一部			
		未実施	未実施			
②		実施	達成		(予定時間)	(サービス内容)
		一部	一部			
		未実施	未実施			
③		実施	達成			
		一部	一部			
		未実施	未実施			
④		実施	達成			
		一部	一部			
		未実施	未実施		送り (有 ・ 無)	

特記事項

実施後の変化(総括) 再評価日：

利用者・家族に対する本計画の説明者及び同意日

説明者	説明・同意日
	年 月 日

上記内容について説明を受け同意し、受領しました。

氏名

〇〇〇〇事業所
事業所No：

〒
Tel./Fax.

管理者：