

【通所介護計画書】

作成日：平成 年 月 日		前回作成日：平成 年 月 日		計画作成者：					
ふりがな	性別	大正 / 昭和		介護認定	管理者	看護	介護	機能訓練	相談員
氏名		年 月 日生 歳							
通所介護利用までの経緯(活動歴や病歴)		本人の希望			障害老人の日常生活自立度				
		家族の希望			正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
					認知症老人の日常生活自立度				
					正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
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					
自宅での活動・参加の状況 (役割など)									

利用目標									
長期目標	設定日	年	月					目標達成度	達成・一部・未達
	達成予定日	年	月						
短期目標	設定日	年	月					目標達成度	達成・一部・未達
	達成予定日	年	月						

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	月 日 ~ 月 日		日	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	月 日 ~ 月 日		日	実施	達成				
				一部	一部				
				未実施	未実施				
③	月 日 ~ 月 日		日	実施	達成				
				一部	一部				
				未実施	未実施				
④	月 日 ~ 月 日		日	実施	達成				
				一部	一部				
				未実施	未実施				
⑤	月 日 ~ 月 日		日	実施	達成				送り(有・無)
				一部	一部				
				未実施	未実施				

特記事項	実施後の変化(総括) 再評価日：平成 年 月 日
------	--------------------------

上記計画の内容について説明を受けました。 平成 年 月 日	上記計画書に基づきサービスの説明を行い 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 平成 年 月 日
ご本人氏名：	
ご家族氏名：	介護支援専門員様/事業所様

通所介護 ○○○ 事業所No. 000000000	〒000-0000 住所：○○県○○市○○ 00-00	管理者：
	Tel. 000-000-0000/Fax. 000-000-0000	説明者：