

【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			認知症老人の日常生活自立度				
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	達成予定日	年 月	目標達成度	達成・一部・未達
短期目標	設定日	年 月	達成予定日	年 月	目標達成度	達成・一部・未達

サービス提供内容

①	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	実施	達成		プログラム(1日の流れ)	
		一部	一部		(予定時間)	(サービス内容)
		未実施	未実施			
②	月 日 ~ 月 日	実施	達成			
		一部	一部			
		未実施	未実施			
③	月 日 ~ 月 日	実施	達成			
		一部	一部			
		未実施	未実施			
④	月 日 ~ 月 日	実施	達成			
		一部	一部			
		未実施	未実施			
⑤	月 日 ~ 月 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：	介護支援専門員様/事業所様
ご家族氏名：	

通所介護 ○○○ 事業所No. 00000000	〒000-0000 住所：○○県○○市○○ 00-00	管理者：
	Tel. 000-000-0000/Fax. 000-000-0000	説明者：