

通所介護計画書

計画作成日：

前回作成日：

計画作成者	
共同作成者	

フリガナ		性別	生年月日（年齢）	介護度
氏名			（ 歳）	
障害老人の日常生活自立度			認知症老人の日常生活自立度	

通所介護利用までの経緯（活動歴や病歴）

本人の希望

家族の希望

健康状態（病名、合併症（心疾患、呼吸器疾患等）、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：

達成予定日：

短期目標

設定日：

達成予定日：

No	目的とケアの提供方針・内容	開始年月日 ～ 終了年月日
		～
		～
		～
		～

特記事項

プログラム ～ 一日の流れ ～

予定時間	サービス内容
送迎（迎え）	
送迎（送り）	

上記の計画について説明を受けました。

平成 年 月 日

ご本人氏名：

ご家族氏名：

上記計画の説明を行い内容に同意いただきましたので、ご報告申し上げます。

平成 年 月 日

管理者：

説明者：

事業所番号

〒

電話 / FAX

通所介護サービス計画評価書

評価日：

評価者	
共同評価者	

フリガナ		性別	生年月日（年齢）	介護度
氏名			（ 歳）	
障害老人の日常生活自立度			認知症老人の日常生活自立度	

利用目標

長期目標 設定日： _____ 達成予定日： _____ 目標達成度： _____

短期目標 設定日： _____ 達成予定日： _____ 目標達成度： _____

No	目的とケアの提供方針・内容	開始年月日 ~ 終了年月日	
		~	
	効果・満足度など	実施	達成
No	目的とケアの提供方針・内容	開始年月日 ~ 終了年月日	
		~	
	効果・満足度など	実施	達成
No	目的とケアの提供方針・内容	開始年月日 ~ 終了年月日	
		~	
	効果・満足度など	実施	達成

No	目的とケアの提供方針・内容	開始年月日 ~ 終了年月日	
		~	
	効果・満足度など	実施	達成

特記事項

実施後の変化（総括）

上記の評価について説明を受けました。

平成 年 月 日

ご本人氏名：

ご家族氏名：

上記評価に基づき説明を行いましたので、ご報告申し上げます。

平成 年 月 日

管理者：

説明者：

事業所番号

〒

電話 / FAX