

## 個別機能訓練計画書

計画作成日：

前回作成日：

初回作成日：

計画作成者		職種	
共同作成者			

フリガナ		性別	生年月日（年齢）	介護度
氏名		様	昭和 年 月 日 （ 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		

利用者の基本情報	【利用者本人の希望】	200文字
	【家族の希望】	200文字
	【利用者本人の社会参加の状況】	200文字
	【利用者の居宅の環境（環境因子）】	200文字

健康状態・経過	【病名】 病名コード（ICD10）と病名	【発症日・受傷日】	【直近の入院日】	【直近の退院日】
	【治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）】			
	328文字			
	【合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等）】			
200文字 合併疾患がある場合は病名コード（ICD10）		【機能訓練実施上の留意事項（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等）】		
200文字				

個別機能訓練の目標	【機能訓練の長期目標】	【設定日】	【達成予定日】
	ICF（国際生活機能分類）との関連付けが必要		
	【機能訓練の短期目標（今後3ヵ月）】	【設定日】	【達成予定日】
	ICF（国際生活機能分類）との関連付けが必要		

### 個別機能訓練項目

プログラム内容(何を目的に(～のために)～する)	留意点	頻度	時間	主な実施者
1 支援コードに関連付けたプログラム内容	50文字	週 回	分	担当者職種
プログラム立案者の職種		プログラム立案者:		

特記事項	【利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること】	100文字
	【特記事項】	100文字

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。

年 月 日 管理者:

説明者:

**個別機能訓練計画評価書**

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				
	様			
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		

個別機能訓練の目標	【機能訓練の長期目標】 【設定日】	【達成予定日】	目標達成度（達成・一部・未達）
	【機能訓練の短期目標（今後3ヵ月）】 【設定日】	【達成予定日】	目標達成度（達成・一部・未達）

個別機能訓練項目

プログラム内容(何を目的に(～のために)～する)	留意点	頻度	時間	主な実施者
1		週 回	分	

プログラム立案者：

個別機能訓練実施後の対応	【個別機能訓練の実施による変化】	100文字
	【個別機能訓練実施における課題とその要因】	100文字

上記の評価について説明を受けました。

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。

年 月 日 管理者：

説明者：

株式会社ビーシステム

事業所番号 1400000015 ファーストケア通所介護  
 〒215-0001 住所：神奈川県川崎市麻生区細山1-1-1  
 電話 044-966-2221 / FAX 044-966-2111