

認知症対応型共同生活介護計画（2）

作成年月日

第2表

利用者名 _____ 様 被保険者番号: _____ 認定の有効期間 _____ ~

施設サービス計画作成者: _____ 施設サービス計画作成日: _____ 初回サービス計画作成日: _____

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標		援助内容			
	長期目標	短期目標	サービス内容	担当者	頻度	期間

交付日	平成 年 月 日	交付者署名・捺印	印
-----	-------------------	----------	---

上記の内容について交付及び説明を受け同意いたします。	説明・同意日	平成 年 月 日	利用者署名・捺印	印
----------------------------	--------	-------------------	----------	---

介護保険施設名 :