

施設サービス計画書（1）

作成年月日：平成20年10月14日

初回 紹介 継続 **認定済** 申請中

利用者名 介護 太郎様 殿 生年月日 昭和10年11月13日 住所 利用者住所

施設サービス計画作成者氏名及び職種 お試しケアマネ

施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地 お試し事業所 事業所所在地

施設サービス計画作成(変更)日 平成20年10月14日 初回施設サービス計画作成日 平成20年10月14日

認定日 平成20年04月01日 認定の有効期間 平成20年04月01日 ～ 平成21年03月31日

要介護状態区分	要介護度1 要介護度2 要介護度3 要介護度4 要介護度5 (その他：)
利用者及び家族の生活に対する意向	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
統合的な援助の方針	

サンプル

施設サービス計画について説明を受け、内容に同意し、受領しました。

年 月 日 氏名 印

日課計画表

要介護度3

利用者名 介護 太郎様 殿

作成年月日

平成20年10月06日

		共通サービス	担当者	個別サービス	担当者	主な日常生活上の活動	共通サービスの例
深夜	4:00						食事介助 朝食 昼食 夕食 入浴介助 (曜日) 清拭介助 洗面介助 口腔清潔介助 整容介助 更衣介助 排泄介助 水分補給介助 体位変換
早朝	6:00						
午	8:00						
前	10:00						
	12:00						
午	14:00						
	16:00						
後	18:00						
	20:00						
間	22:00						
	24:00						
深	2:00						
随時実施するサービス							
その他のサービス							

サンプル

(注)「週間サービス計画表」との選定による使用可。

モニタリング記録表

作成年月日： 平成20年10月01日

利用者名 介護 太郎様 様

生活全般の解決すべき課題			短期目標		サービス内容	
サービスの実行確認および確認方法			利用者本人・家族の意見・要望		ニーズ充足度	対応
実行確認	確認方法	確認期日	本人	家族		
サンプル						

生活全般の解決すべき課題			短期目標		サービス内容	
サービスの実行確認および確認方法			利用者本人・家族の意見・要望		ニーズ充足度	対応
実行確認	確認方法	確認期日	本人	家族		

モニタリング記録表

作成年月日： 平成20年10月01日

利用者名 介護 太郎様 様

総括	計画の変更等

再アセスメントの必要 なし あり (実施予定日:)

上記サービス計画について説明を受け、内容に同意しました。 同意年月日 年 月 日 署名 印

サンプル