

デイサービス (通所介護) 計画書 (1)
 介護予防デイサービス (介護予防通所介護) 計画書 (1)

初回 ・ 継続 ・ 再検討 ・ 一部修正追加

作成日：平成 年 月 日

利用者名： 様 生年月日： M ・ T ・ S 年 月 日 年齢： 歳

説明相手： 印 説明・同意日：平成 年 月 日 (説明者：)

計画作成者： 印 / 印 / 印

要介護認定区分：要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 認定期間：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

利用日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 (週 回)	備考
-----	---------------------------------	----

	ケアプラン	デイサービス
利用者の生活全体の意向		
利用者の介護サービスに対する意向		
家族の意向		

介護支援専門員からの留意点等	
目標とする生活 (介護予防のみ)	【1年】 【1日】

事業所の総合的介護サービスの方針	
------------------	--

事業所名： _____

通所介護計画書 (個別機能訓練計画書) の説明・交付を受けました。 平成 年 月 日 氏名： _____ 印