

□ 共用型認知症対応型通所介護計画書

【書式 No.9】

作成日：平成 年 月 日

利用者名： \_\_\_\_\_ 様 生年月日： M . T . S 年 月 日 歳

説明相手： \_\_\_\_\_ 印 説明日： 平成 年 月 日

計画作成担当者： \_\_\_\_\_ 印 担当介護職員： \_\_\_\_\_ 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

【利用者の生活（人生）全体意向／サービスに対する意向】

【事業所の総合的介護サービスの方針】

項目	ニーズや現状	目標	具体的なサービス内容	担当者	頻度	期間
健康状態等						
ADL・IADL その1・移動						
ADL・IADL その2・食事						

ADL・IADL その3・入浴									
ADL・IADL その4・排泄									
ADL・IADL その5・着替え									
ADL・IADL その6・家事									
コミュニケーション及び 理解・行動									
生活の質 (ライフスタイル)									
家族の支援									
その他									

事業所名： \_\_\_\_\_ 介護計画書の交付を受けました。平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 氏名： \_\_\_\_\_ 印