

通所介護計画書①

利用者氏名 _____ 様

事業所番号: _____

介護度 経・支1・2・介護1・2・3・4・5 生年月日 M・T・S 年 月 日

事業所名: _____ 住所: _____ 電話: _____ FAX: _____

確認事項

- 当事業所は、本通所介護計画書に基づき、通所介護サービスを提供します。
- 当事業所は、適切なサービスを円滑に提供する為に、本通所介護計画書を担当介護支援専門員(ケアマネジャー)に提出します。
- 本通所介護計画書の内容に同意していただける場合は、契約者同意署名欄にご署名・捺印下さい。
- 本通所介護計画書及びサービスに関してご不明な点などございましたら、上記の事業所連絡先までお問合せ下さい。

本人の希望	
ご家族の希望	

作成担当者	説明担当者	事業所 責任者 印	「通所介護計画」変更内容	「通所介護計画」説明年月日	同意年月日	契約同意署名欄 (サイン)
				初回説明 年 月 日	年 月 日	
				変更説明 年 月 日	年 月 日	
				変更説明 年 月 日	年 月 日	
				変更説明 年 月 日	年 月 日	
				変更説明 年 月 日	年 月 日	