

# 通所介護計画書 ②

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 様

事業所番号: \_\_\_\_\_

事業所名: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_

①  
○ご利用の曜日、時間帯(該当する曜日=レ点)

月曜日 (     :     ~     :     )

火曜日 (     :     ~     :     )

水曜日 (     :     ~     :     )

木曜日 (     :     ~     :     )

金曜日 (     :     ~     :     )

土曜日 (     :     ~     :     )

日曜日 (     :     ~     :     )

②  
○基本的なサービス項目  
: 下記のサービスを提供する時間帯を右の表に記載しています

送迎   入浴   食事

※具体的なサービス内容、提供の方法等の詳細は、「通所介護計画書③」に記載しています。

年月日	平成   年   月   日	平成   年   月   日	平成   年   月   日
曜日	月・火・水・木・金・土・日	月・火・水・木・金・土・日	月・火・水・木・金・土・日
時間	基本的なサービス内容①	基本的なサービス内容②	基本的なサービス内容③
8:00			
9:00			
10:00			
11:00			
12:00			
13:00			
14:00			
15:00			
16:00			
17:00			
18:00			
○必要に応じて提供するサービス(利用当日のご本人の状況にあわせ提供するサービス)			
※一週間のご利用の曜日が複数でも、曜日ごとのサービス内容、提供する時間帯が同一あるいはほぼ同一の場合は、「基本的なサービス内容①」欄への記入のみとなり、最上部の「曜日」らんでご利用の曜日に○を付けることとしています。 ※ご利用の曜日によって基本的なサービス内容、提供する時間帯が異なる場合は、「基本的なサービス内容②」欄、同③の欄を使用し、それぞれ「曜日」欄の該当する曜日に○印を付けます。 ※介護保険給付対象外のサービスには、「#」印を付けています。			