

通所介護計画書 ③

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 5 年 10 月 10 日

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

① 番号	②解決すべき課題(ニーズ)	③援助目標		⑦変更(#1)
		長期目標(期間)	短期目標(期間)	

援助内容				
	④サービス内容	⑤具体的な対応・留意点	⑥評価	⑧変更(#2)
1		_____年 月 日策定	_____年 月 日:担当者(印)	
2		_____年 月 日策定	_____年 月 日:担当者(印)	
3		_____年 月 日策定	_____年 月 日:担当者(印)	
4		_____年 月 日策定	_____年 月 日:担当者(印)	

#評価の結果、居宅サービス計画の内容に変更を要する場合は、変更(#1)の欄にレ印を、通所介護計画の変更のみを要する場合には、変更(#2)にレ印を記入する。