

施設サービス計画書（1）

作成年月日

年 月 日

初回・紹介・継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 _____ 殿 生年月日 年 月 日 住所 _____

施設サービス計画作成者氏名及び職種 _____

施設サービス計画作成介護保険施設名および所在地 _____

施設サービス計画作成(変更)日 年 月 日 初回施設サービス計画作成日 年 月 日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 ・ その他
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ()

施設サービス計画書（2）

利用者名 _____ 殿

作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間

※1 「保険給付対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第3表

週間サービス計画表

長崎県介護支援専門員協会研修資料

作成日年月日 年 月 日

利用者名 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								
	2:00								
	4:00								
早朝	6:00								
	8:00								
午前	10:00								
	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
	20:00								
夜間	22:00								
	24:00								

週単位以外 のサービス	
----------------	--