様式A-施11 ※様式A-施7 施設サービス計画書（2）の短期目標期間の記録とモニタリングを実施したことが記載されている範囲までを提出してください。

※介護支援専門員として支援した内容に関わる記録を提出してください。

第6表

施設介護支援経過表

作成年月日　　年　　月　　日

受講番号：　　二

利用者名 ※アルファベットで記入（注：イニシャルは×）殿

施設サービス計画作成者氏名：　※受講生の実名を記入

年　月　日	項　　目	内　　容	年　月　日	項　　目	内　　容

記入時の注意点

※　事業所・施設・病院等の名称：
　　E事業所、F介護保険施設、G病院、等ｱﾙﾌｧﾍﾞｯﾄで順番に記号化、実際の名称は×

※　担当者等の名称：
　　担当H氏、主治医I先生など、実際の名称は×