

## ア) 基本情報

受講番号: \_\_\_\_\_

受講生氏名: \_\_\_\_\_

基本情報に関する9項目(No.1～No.9)

利用者名		性別		生年			
住所				電話番号			
相談までの経緯	〔相談内容〕						
主訴・意向	〔本人・家族の要望〕						
これまでの生活と現在の状況	〔生活歴〕						
病歴	〔経過・病歴等〕			〔主治医・服薬〕			
障害高齢者の日常生活自立度	かかりつけ医	主治医意見書		認知症高齢者の日常生活自立度	かかりつけ医	主治医意見書	
	介護支援専門員	初回アセスメント			介護支援専門員	初回アセスメント	
認定情報	有効期間 : 認定日 : 介護度 : 介護負担割合 :						
今回のアセスメントの理由							
利用者の社会保障制度の利用情報							
現在利用している支援や社会資源の状況							

家族状況（ジェノグラム・エコマップ）

家屋状況（ご本人の居住スペース、動線を記入する。）

No.	標準項目名	項目の主な内容
10	健康状態	
11	ADL	
12	IADL	
13	認知機能や判断能力	
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	
15	生活リズム	
16	排泄の状況	
17	清潔の保持に関する状況	
18	口腔内の状況	
19	食事摂取の状況	
20	社会との関わり	
21	家族等の状況	
22	居住環境	
23	その他留意すべき事項・状況	



第1表

# 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 \_\_\_\_\_様 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 \_\_\_\_\_

施設介護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 令和 \_\_\_\_\_年 月 日 初回施設サービス計画作成日 令和 \_\_\_\_\_年 月 日

認定日 令和 \_\_\_\_\_年 月 日 認定の有効期間 令和 \_\_\_\_\_年 月 日 ~ 令和 \_\_\_\_\_年 月 日

要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 要介護1 ・ <input type="checkbox"/> 要介護2 ・ <input type="checkbox"/> 要介護3 ・ <input type="checkbox"/> 要介護4 ・ <input type="checkbox"/> 要介護5
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	



# 週間サービス計画表

利用者名 \_\_\_\_\_ 様

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

週単位以外  
のサービス

(注)「日課計画表」との選定による使用可。

# 日課計画表

利用者名 \_\_\_\_\_ 様

		共通サービス	担当者	個別サービス	担当者	主な日常生活上の活動	共通サービスの例	
深夜	4:00						食事介助 朝食 昼食 夕食 入浴介助( 曜日) 清拭介助 洗面介助 口腔清潔介助 整容介助 更衣介助 排泄介助 水分補給介助 体位交換	
	6:00							
早朝	8:00							
	10:00							
午前	12:00							
	14:00							
午後	16:00							
	18:00							
夜間	20:00							
	22:00							
深夜	24:00							
	2:00							
	4:00							
随時実施するサービス								
その他のサービス								

(注)「週間サービス計画表」との選定による使用可。