

(介護予防) 通所介護計画書

計画作成者氏名	事業所名	エグザンプル デイサービスセンター
	作成年月日	年 月 日

利用者氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	電話番号		
有効期間	年 月 日 ~	年 月 日	要介護(支援)度
サービス提供期間	年 月 日 ~	年 月 日	

居宅(介護予防)サービス計画		(介護予防)通所介護計画<<長期・短期目標等)	
長期			
短期			
利用者および家族の意向			
サービス利用上の留意事項			

援助内容

迎え	自宅発	
	事業所着	
プログラム(日課)		
(予定時間)	(サービス提供内容)	各プログラムの所要予定時間
9:15~	朝の会 健康チェック他	30分 程度
9:45~	朝の脳トレ	30分 程度
10:15~	コーヒータイム	30分 程度
10:45~	健康体操 口腔体操	45分 程度
11:30~	午前レクリエーション	60分 程度
12:30~	昼食・休憩 口腔ケア	90分 程度
14:00~	午後レクリエーション動	90分 程度
15:30~	茶菓子タイム 帰りの会	60分 程度
	入浴 有・無	60分 程度
	合計所要時間	7.2 時間
送り	事業所発	
	自宅着	

個別援助内容

項目	内容	留意事項
日常生活動作項目		
短期目標達成に向けたサービス目標		
活動と参加の目標		
利用日	火	土

報酬算定区分

3-5時間・5-7時間・7-9時間

管理者 生活相談員 作成

--	--	--

通所介護計画(介護予防通所介護計画)について説明を受け、内容に同意し、交付を受け付けました。

年 月 日

利用者同意欄 氏名 Ⓜ

説明者 氏名

サービスの実施状況および目標の達成状況

評価

上記のサービスの実施状況および目標の達成状況ならびに評価内容について説明をしました。

年 月 日

説明者

氏名
