

15.施設サービス計画書第1表 (1 / 1)

|   |        |       |        |                               |
|---|--------|-------|--------|-------------------------------|
| 受講する研修： <input type="checkbox"/> 課程Ⅰ <input type="checkbox"/> 課程Ⅱ | 受講コース： | 受講番号： | 受講者氏名： | 提出事例作成日：      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 \_\_\_\_\_

施設介護支援事業者・事業所名及び所在地 \_\_\_\_\_

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                | <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       |   |
| 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              |   |

<事例作成の際の注意事項>

1. 利用者やその家族、関係者に関する情報の固有名称等についてはアルファベット(Aさん、B 区在住、C 居宅介護支援事業所…等)を使用してください。
2. 電話番号は明らかに存在しない番号とわかる状態で記載してください。(例:000-000-0000、123-456-7890…等)
3. 受講者の勤務(所属)する事業所等の情報は記載しても問題ありません。