

「電子同意」の対象となる帳票

■ グループホーム

出力帳票名	頁
施設サービス計画書(第1表、第2表、第3表)	2
口腔機能改善管理指導計画	5

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

施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地

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	要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 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	

〔同意欄〕 施設サービス計画について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。 同意日： 年 月 日 氏名：

施設サービス計画書(2)

作成年月日 年 月 日

利用者名 様

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	担当者	頻度	期間

週間サービス計画表

作成年月日

年 月 日

利用者名

様

年 月分より

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	5:00								
早朝	6:00								
	7:00								
午前	8:00								
	9:00								
	10:00								
	11:00								
午後	12:00								
	13:00								
	14:00								
	15:00								
	16:00								
	17:00								
夜間	18:00								
	19:00								
	20:00								
	21:00								
深夜	22:00								
	23:00								
	0:00								
	1:00								
	2:00								
	3:00								

週単位以外の
サービス

() さんの口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画

わたしのゴール

--

ゴールに向かう身近な目標	目標達成のための具体的計画(頻度等も含む。)	実施期間評価予定

実行や支援にあたって、注意することなど

--

利用者同意サイン		続柄	
----------	--	----	--

計画作成者：

職種(☐言語聴覚士・☐歯科衛生士・☐看護職員)

初回作成日： 年 月 日

作成(変更)日： 年 月 日

※①サービス担当者が実施する計画、②関連職員が実施する計画、③本人又はその家族等が実施する計画とそれに係る具体的な指導、助言等の文書等を添付する。