

「電子同意」の対象となる帳票

■ 有料老人ホーム

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
個別機能訓練計画書	5
個別機能訓練計画書(様式3)	6
口腔機能改善管理指導計画	8

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	
------------	--

個別機能訓練計画書

事業所名： _____

作成日： _____ 年 月 日 作成者： _____

フリガナ		性別		生年月日	年 月 日 (歳)	介護度	
本人氏名	様						

機能訓練は「日常生活を営むのに必要な機能の改善」「日常生活を営むのに必要な現在の機能の維持」のために行います。

あなたの訓練目標

--

目標達成に向けた短期目標(身近な目標)と訓練の内容

短期目標	目標達成のための具体的な計画 (内容、1回あたりの回数、週あたりの回数等)	実施期間	評価日
			年 月 日

※訓練内容の数値については、あくまでも計画作成時の目標です。ご本人の体調やご意思を反映した上で、無理のない範囲で進めていきます。

実行や支援にあたって 留意すること	
ご本人やご家族の希望	

[同意欄] 個別機能訓練計画書について説明を受け、内容に同意しました。

同意日： _____ 年 月 日 氏名： _____

II 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練項目

プログラム内容(何を目的に(～のために)～する)	留意点	頻度	時間	主な実施者
①		週 回	分	
②		週 回	分	
③		週 回	分	
④		週 回	分	

プログラム立案 職種：

立案者：

※短期目標で設定した目標を達成するために必要な行為に対応するよう、訓練項目を具体的に設定すること。

利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること	特記事項
-----------------------------	------

III 個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練の実施による変化	個別機能訓練実施における課題とその要因
----------------	---------------------

※個別機能訓練の実施結果等をふまえ、個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更等を行った場合は、個別機能訓練計画書の再作成又は更新等を行い、個別機能訓練の目標・訓練項目等に係る最新の情報が把握できるようにすること。初回作成時にはⅢについては記載不要である。

上記計画の内容について説明を受けました。 年 月 日 ご本人氏名： ご家族氏名：	上記計画書に基づきサービスの説明を行い 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 年 月 日
---	---

【参照用CKid】 特定施設 事業所No. Tel. 管理者：
〒422-8067 住所：静岡県静岡市駿河区南町18-1 Fax. 説明者：

() 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。