「電子同意」の対象となる帳票

■ 通所介護

出力帳票名	頁
通所介護計画書(兼予防)	2
通所介護計画書(様式4)	3
個別機能訓練計画書	4
個別機能訓練計画書(様式3)	5
運動器機能向上計画書	7
生活機能向上計画書	8
栄養ケア計画書(通所・居宅)	9
リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(通所系)	10

通所介護計画書

認定有効期間：　年　月　日　～　年　月　日　　作成日：　年　月　日

サービス利用日：　月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土　・　日　　作成者：

認定日：　年　月　日　　事業所名：

フリガナ			生年月日	年　月　日 （　　歳）	介護度		居宅介護支援事業所	
本人氏名	様						担当ケアマネジャー	

ご本人の希望		ご家族の希望	
心身疾患と生活環境			

サービス提供内容	利用時間	：　～　：

	解決すべき課題	短期目標	援助目標		
			いつ、どんな場面で	誰が	どのような方法で
1					
2					
3					
4					

評価(目標達成状況・モニタリング)

評価日/氏名	年　月　日	
説明日/氏名	年　月　日	

評価日/氏名	年　月　日	
説明日/氏名	年　月　日	

医師からの注意事項等	送迎について	特別事項(ご本人、ご家族にお願いしたいこと　など)

[同意欄]　上記介護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：

【(地域密着型)通所介護計画書】

作成日	年　月　日	前回作成日	年　月　日	計画作成者	
ﾌﾘｶﾞﾅ		初回作成日	年　月　日	職種	

氏名	様	性別	年　月　日生 歳	要介護度	管理者	看護	介護	機能訓練	相談員

通所介護利用までの経緯(活動歴や病歴)	本人の希望		障害高齢者の日常生活自立度	
	家族の希望		認知症高齢者の日常生活自立度	

利用者本人の社会参加の状況

利用者の居宅の環境 (利用者の居宅での生活状況をふまえ、特によく使用する場所・使用したいと考えている場所の環境を記入)★

健康状態 (病名、合併症(心疾患、呼吸器疾患等)、服薬状況等)★	ｹｱの上での医学的ﾘｽｸ(血圧、転倒、嚥下障害等)･留意事項★

利用目標

長期目標	設定日	年　月		目標達成度	達成・一部・未達
	達成予定日	年　月			
短期目標	設定日	年　月		目標達成度	達成・一部・未達
	達成予定日	年　月			

サービス提供内容(※)

目的とケアの提供方針・内容		評価 実施	評価 達成	効果、満足度など	迎え	有 ・ 無
①	月　日　～　月　日	実施 一部 未実施	達成 一部 未実施		プログラム(1日の流れ)	
②	月　日　～　月　日	実施 一部 未実施	達成 一部 未実施		予定時間	サービス内容
③	月　日　～　月　日	実施 一部 未実施	達成 一部 未実施		:	
④	月　日　～　月　日	実施 一部 未実施	達成 一部 未実施		:	
⑤	月　日　～　月　日	実施 一部 未実施	達成 一部 未実施		:	
					:	
					:	
					:	
					:	
					:	
					送り	有 ・ 無

特記事項	実施後の変化(総括)	再評価日	年　月　日

※ｻｰﾋﾞｽ提供内容の設定にあたっては、長期目標・短期目標として設定した目標を達成するために必要なﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑとなるよう、具体的に設定すること。
※入浴介助加算(Ⅱ)を算定する場合は、★が記載された欄等において必要な情報を記入すること。

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

事業所No.　　Tel.　　管理者：

〒　　住所：　　Fax.　　説明者：

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 本人氏名	様		生年月日	年　月　日　（　　歳）	介護度	

目標とする生活		健康状態
1 年		
1 日		
本人の希望		
		痛み(部位と程度)
最終目標		
		運動に際してのリスク

方法		訓練時の注意点	

	初期(1ヶ月目)	中期(2ヶ月目)	後期(3ヶ月目)
期間	年　月　日　～　　年　月　日	年　月　日　～　　年　月　日	年　月　日　～　　年　月　日
現状の能力			
目標			
プログラム			
評価	年　月　日	年　月　日	年　月　日

[同意欄]　個別機能訓練計画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：

【個別機能訓練計画書】

作成日：　　年　月　日	前回作成日：　　年　月　日	初回作成日：　　年　月　日

ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	様	性別	年　月　日生 （　　歳　）	要介護度	計画作成者： 職種：

障害高齢者の日常生活自立度：	認知症高齢者の日常生活自立度：

Ⅰ　利用者の基本情報

利用者本人の希望	家族の希望
利用者本人の社会参加の状況	利用者の居宅の環境（環境因子）

健康状態・経過

病名 発症日･受傷日：　　年　月　日　直近の入院日：　　年　月　日　直近の退院日：　　年　月　日
治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）
合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等） （　　） （　　） （　　） （　　） （　　）
機能訓練実施上の留意事項（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等）

※①～⑤に加えて、介護支援専門員から、居宅サービス計画上の利用者本人等の意向、総合的な支援方針等について確認すること。

Ⅱ　個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練の目標

短期目標（今後3ヶ月）　目標達成度（ 達成・一部・未達）		長期目標　目標達成度（ 達成・一部・未達 ）	
機能		機能	
活動		活動	
参加		参加	

※目標設定方法の詳細や生活機能の構成要素の考え方は、通知本体を参照のこと。
※目標達成の目安となる期間についてもあわせて記載すること。
※短期目標（長期目標を達成するために必要な行為）は、個別機能訓練計画書の訓練実施期間内に達成を目指す項目のみを記載することとして差し支えない。

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

事業所No.　　Tel.　　管理者：

〒　　住所:　　Fax.　　説明者：

運動器機能向上計画書

事業所名：

作成日：　年　月　日　　作成者：

フリガナ 本人氏名	様		生年月日	年　月　日　（　　歳）	介護度	

目標とする生活		健康状態
1 年		
1 日		
本人の希望		痛み(部位と程度)
最終目標		運動に際してのリスク
方法		訓練時の注意点

	初期(1ヶ月目)	中期(2ヶ月目)	後期(3ヶ月目)
期間	年　月　日　～　年　月　日	年　月　日　～　年　月　日	年　月　日　～　年　月　日
現状の能力			
目標			
プログラム			
評価	年　月　日	年　月　日	年　月　日

関係機関への連絡事項

[同意欄]　運動器機能向上計画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：

生活機能向上計画書

事業所名：

作成日：　年　月　日　　作成者：

フリガナ 本人氏名	様		生年月日	年　月　日　（　　歳）	介護度	

目標とする生活		健康状態
1 年		
1 日		
本人の希望		痛み(部位と程度)
最終目標		運動に際してのリスク
方法		訓練時の注意点

	初期(1ヶ月目)	中期(2ヶ月目)	後期(3ヶ月目)
期間	年　月　日　～　年　月　日	年　月　日　～　年　月　日	年　月　日　～　年　月　日
現状の能力			
目標			
プログラム			
評価	年　月　日	年　月　日	年　月　日

関係機関への連絡事項

[同意欄]　生活機能向上計画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：

栄養ケア計画書（通所・居宅）

氏名	様	計画作成者：	初回作成日　：　　年　月　日
		所　属　名：	作成(変更)日：　　年　月　日

医師の指示	□なし　□あり　　指示日：　　年　月　日 （要点　　）	
利用者及び家族の意向		説明と同意日 年　月　日
解決すべき課題（ﾆｰｽﾞ）	低栄養状態のﾘｽｸ（　　低　・　中　・　高　　）	ｻｲﾝ
長期目標(ｺﾞｰﾙ)と期間		続柄

短期目標と期間	栄養ｹｱの具体的内容 (①栄養補給、②栄養食事相談、③多職種による課題の解決など)	担当者	頻度	期間

特記事項	

ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（通所系）

氏名：　　様				ｻｰﾋﾞｽ開始日：　年　月　日
				初回作成日：　年　月　日
作成者：	ﾘﾊ：	栄養：	口腔：	作成(変更)日：　年　月　日

利用者及び家族の意向		説明日　年　月　日	同意日　年　月　日
		説明者	同意者

	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ・個別機能訓練	栄養	口腔
解決すべき課題（ﾆｰｽﾞ）		低栄養状態のﾘｽｸ（□低　□中　□高　）	□口腔衛生状態（□口臭　□歯の汚れ　□義歯の汚れ　□舌苔） □口腔機能の状態　（□食べこぼし　□舌の動きが悪い　□むせ　□痰がらみ　□口腔乾燥） □歯（う蝕、修復物脱離等）、義歯（義歯不適合等）、歯周病、口腔粘膜（潰瘍等）の疾患の可能性 □音声・言語機能に関する疾患の可能性 □その他（　　） 【記入者】 □看護職員 □歯科衛生士 □言語聴覚士
長期目標・期間	(心身機能) (活動) (参加)		□口腔衛生 （□目標設定無し　□維持　□改善） （　　） □摂食・嚥下機能 （□目標設定無し　□維持　□改善） （　　） □食形態 （□目標設定無し　□維持　□改善） （　　） □音声・言語機能 （□目標設定無し　□維持　□改善） （　　） □誤嚥性肺炎の予防 □その他 （　　） 【計画立案者】 □看護職員 □歯科衛生士 □言語聴覚士
短期目標・期間	(心身機能) (活動) (参加)		
具体的なｹｱ内容	担当職種： 期間： 頻度：週　回　時間：　分/回	担当職種： 期間： 頻度：週　回	□摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 □口腔清掃、口腔清掃に関する指導 □音声・言語機能に関する指導 □その他 （　　） 【ｻｰﾋﾞｽ提供者】 □看護職員 □歯科衛生士 □言語聴覚士

算定加算	
	□ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(A)　ｲ　□ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(A)　ﾛ □ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(B)　ｲ　□ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算(B)　ﾛ □個別機能訓練加算（Ⅰ）　□個別機能訓練加算（Ⅱ）
	□口腔･栄養ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ加算　□栄養ｱｾｽﾒﾝﾄ加算　□栄養改善加算
	□口腔機能向上加算（Ⅰ）　□口腔機能向上加算（Ⅱ）