

宿泊サービス計画書

作成年月日 年 月 日

事業所名：

作成者職・氏名：

| | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------|--------|---------------|-----------------|-----------------------|
| 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 | (歳) |
| 自宅住所 | 〒 _____ | | | 自宅電話番号 | _____ |
| 要介護(支援)度 | | 認定有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| 居宅介護支援事業所 | | 担当ケアマネ | | 電話番号 | _____ |
| 病名 | _____ | | | | |
| 担当医療機関 | | 主治医 | | 電話番号 | _____ |
| 利用者の心身の状況、その置かれている環境 | _____ | | | | |
| 利用者の意向 | _____ | | | | |
| 家族の意向 | _____ | | | | |
| サービス利用上の留意事項 | _____ | | | | |
| 通所介護との連携上で特に留意すること | _____ | | | | |
| 服薬・医療面での留意事項 | ※ 1. 服薬の頻度や留意点を詳細に記載すること。 2. 事業所保管分には、薬局発行の薬剤の説明書の写しを添付すること。 | | | | |
| やむを得ず長期利用となる場合の理由と方針 | _____ | | | | |
| 宿泊サービスの利用予定年月日 | 年 月 日 ~ | | 年 月 日 (泊) | | |
| | 年 月 日 ~ | | 年 月 日 (泊) | | |
| | 年 月 日 ~ | | 年 月 日 (泊) | | |
| 送迎の状況(通所利用日以外) | 通所利用日以外の送迎 | 有・無 | 迎え | 自宅発時刻 事業所着時刻 | 送り 事業所発時刻 自宅着時刻 |
| 緊急連絡先 | 第1連絡者氏名 | | 続柄 | | 電話番号 |
| | 第2連絡者氏名 | | 続柄 | | 電話番号 |
| 緊急時の対応方法 | _____ | | | | |

＜ 宿泊サービス提供時の流れ ＞

| 予定時間 | サービス提供内容 | 具体的対応 | 留意事項 特記事項 |
|---------------|----------|-------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| その他の留意事項・特記事項 | | | |
| | | | |

上記計画書の内容の説明を受け、内容に同意した上で本書面の交付を受けました。

年 月 日

利用者氏名 _____ (印)