**週間サービス計画表**　８ － ７

|  |  |
| --- | --- |
| 第　３　表 |  |

作成年月日　　　　　年　　月　　日

**利用者名** 　　　　　 **殿**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 　４：００ ６：００　８：００１０：００１２：００１４：００１６：００１８：００２０：００２２：００２４：００　２：００ ４：００ | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 主な日常生活上の活動 |
| 深夜 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|
|  |  |
|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|
|  |
|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 早朝 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午前 |  | ・利用者の生活リズムや提供時間帯が一目で分かるようになっているか。・介護保険の内外を問わず、セルフケア、インフォーマルサービスなど種類にかかわらず全て記載する。 |  |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| 9：30~16：00 |
| 通所リハ |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  | ・利用者の起床や食事、排泄、入浴、就寝、介護者のスケジュールなど、平均的な一日の過ごし方を記載。 |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 夜間 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 深夜 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 　週単位以外のサービス | 　・居宅療養管理指導や短期入所、福祉用具貸与や購入、住宅改修等その他のサービスで、隔週や月単位で提供されるものについて記入・定期的な受診や訪問診療等、医療機関との関係、高齢者福祉等 |