宿泊サービス計画書

作成年月日　　平成　　年　　月　　日

事業所名 ：

作成者職氏名 ：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 昭和　　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 | 平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　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．服薬の頻度など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 | 平成　　年　　月　　日　　～　　平成　　年　　月　　日　　（　　　泊） |
| 平成　　年　　月　　日　　～　　平成　　年　　月　　日　　（　　　泊） |
| 平成　　年　　月　　日　　～　　平成　　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 |  | 送り | 事業所発時刻 |  |
| 事業所着時刻 |  | 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。

　　　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞