宿泊サービス計画書

作成年月日　　令和　　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 | | | | | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域密着型通所介護との  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  利用頻度・期間 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。

　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞