

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	(歳)						
自宅住所	〒			自宅 電話番号						
要介護(支援)度		認定有効期間	～							
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										
地域密着型通所介護 等との連携上で 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	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										

