

(素案)
**那覇市元気向上通所型サービス
計画書**

作成日	年　月　日
事業所名	
作成者氏名	

被保険者番号		認定区分	事業対象者　・　要支援（　）
ふりがな		性別	生年月日
氏名			年　月　日生（　歳）

利用開始日	年　月　日	利用終了 予定日	年　月　日
利用する時間	時　　分　～　　時　　分		
利用する曜日	月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土　・　日		
送迎の有無	有　・　無	無しの場合 その理由	

目標	時間	サービス内容

サービス提供時 の留意事項	
------------------	--

上記の計画について説明を受け、同意しました。また、当該計画の交付を受けました。

同意日：　　年　　月　　日

ご本人氏名：　　署名代行者：

(記入例)

那覇市元気向上通所型サービス
計画書

作成日	2018年 10月 31日
事業所名	テイサービスちゃ～がんじゅう
作成者氏名	予防 花子

被保険者番号	0001234567	認定区分	事業対象者	要支援 (2)
ふりがな	チャー がんたろう	性別	生年月日	
氏名	チャー 巖太郎		1932年 7月 8日生	(85歳)

利用開始日	2018年 11月 1日	利用終了 予定日	2019年 10月 31日
利用する時間	9時 00分 ~ 16時 00分		
利用する曜日	月・火・水・木・金・土・日		
送迎の有無	有	無しの場合 その理由	

目標	
・下肢筋力の向上により、自宅近くの〇〇スーパー(週2) や〇〇体操サークル(週1)へ歩いて通えるようになる。 ・自宅でもできる運動の習慣を身に付ける。 ・認知機能低下の予防	
主なサービス内容	
・ストレッチ ・体操(重錘・バンドなど) ・機器を使用した筋力トレーニング ・コグニサイス(脳トレ)	

プログラム (1日の流れ)	時間	サービス内容
	10:00~	バイタルチェック
	10:30~	ストレッチ
	11:00~	筋トレ
	12:30~	昼食
	14:00~	コグニサイスor体操
	15:30~	休憩・お茶タイム
	~16:00	終了

サービス提供時の留意事項	・血圧160以上の場合は、過度の運動を控える(かかりつけ医より)。
--------------	-----------------------------------

上記の計画について説明を受け、同意しました。また、当該計画の交付を受けました。

同意日： 2018年 10月 31日

ご本人氏名：チャー 巖太郎

署名代行者：