

(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
主なサービス内容

プログラム (1日の流れ)	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	デイサービスちゃ〜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	ちゃー がんたろう	性別	生年月日
氏名	ちゃー 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	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 ・コグニサイズ(脳トレ)

	時間	サービス内容
プログラム (1日の流れ)	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~	コグニサイズ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： ちゃー 巖太郎

署名代行者：