訪問介護内容確認書

氏名	様	曜日		月	火	水	木	金	土	日
サービスの総合的援助目標		早朝	6							
			7							
			8							
被保険者番号		通常	9							
要介護度	要支援1 要支援2 1 2 3 4 5		11							
居宅介護支援事業所			13							
			15							
TEL	FAX		17							
担当 介護支援専門員		夜間	6							
			7							
			8							

	記 録	月	火	水	木	金	土	日	ケアの内容	留意点
身	状態観察									
	相 談									
	排泄介助									
	トイレ									
	Pトイレ									
	オムツ交換									
	食事・飲水									
	全介助									
体	一部									
	見守り									
	清拭									
	部分浴									
	入浴									
	全介助									
	一部									
	洗面・整容									
	更衣介助									
介	体位変換									
	移乗・移動									
	外出介助									
	起床・就寝									
	服薬									
	介助									
	見守り									
	共に行う援助									
護	その他									
生	掃除									
	ゴミだし									
	洗濯									
活	ベットメイク									
	衣類									
	整理									
	補修									
援	調理									
	買い物									
	薬取り									
助	その他									

平成　　年　　月　　日

上記内容について説明を受け承諾します

氏名　　印　　サービス提供責任者　　印