

受講番号： _____

第 1 表

氏 名： _____

施設サービス計画書（1）

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 _____ 殿 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住所 _____

施設サービス計画作成者氏名及び職種 _____

施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地 _____

施設サービス計画作成（変更）日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 初回施設サービス計画作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

認定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

要介護状態区分	要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5（その他： _____）
---------	---

利用者及び家族の介護に対する意向を踏まえた課題分析の結果	
------------------------------	--

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
------------------------	--

統合的な援助の方 針	
------------	--