

D表

No. _____

介護予防週間支援計画表

利用者名 基幹 太郎 様

	4:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜									
早朝	6:00								○×デイサービスセンター
	8:00								0000-0000(担当○×)
午前	10:00	○×デイサービス			○×デイサービス				○×ヘルパーステーション
	12:00		○×ヘルパーステーション			○×ヘルパーステーション			○×訪問看護
午後	14:00								0000-0000(担当○×)
	16:00								
夜間	18:00						○×訪問看護		(包括のみ) 担当ケアマネ
	20:00								△△事業者
深夜	22:00								0000-0000(○×ケアマネ)
	0:00								
	2:00								
	4:00								

10

週単位以外のサービス	
------------	--