

様式5

平成△年度 生活機能訪問相談サービス活動実績表
 (集中デアセスメントタイプ)

事業所名【 くるっぱ長寿支援サービス(株) 】

平成 △ 年 △ 月分

対象者氏名		久留米 花子						
住所		久留米市城南町15-3						
派遣回数		1回		ケアプランに基づき記入する。		『訪問』または『情報提供』のいずれか、実施したものに ○ を記入する。		
日付	曜日	サービス提供時間		サービス内容		サービス担当者名	確認欄 (署名または押印)	
		開始時間		訪問	情報提供			
△/○	火	10:00		○		つつじ 太郎	本人	久留米 花子
							ケアマネ	筑後 つばき
							本人	
							ケアマネ	
活動回数合計		1 回						

※この活動記録は、短期集中型訪問事業(生活機能訪問相談サービス-集中デアセスメントタイプ)の対象者について記入すること。

※サービス内容が『 訪問 』の場合は 1回あたり60分、サービス内容が『 情報提供 』の場合は 1回あたり40分 とする。

※訪問C事業者と集中デイ事業者が同一法人の場合、『 情報提供 』は実績として記載しない。

特に注意する！！

※サービス内容が『 情報提供 』の場合、本人の署名または押印は不要。