

様式5

令和 年度 生活機能訪問相談サービス活動実績表
(集中デИАセメントタイプ)

事業所名【 】

令和 年 月分

対象者氏名							
住 所							
派遣回数							
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			
		:				本人	
						ケアマネ	
		:				本人	
						ケアマネ	
活動回数合計		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ИАセメントタイプ)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。

※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。