（訪問・施設）入浴計画

○○年○○月○○日　作成者　氏名○○　○○

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | ○○　○○　様 | | | | | | | |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ | | | | | | | |
| 緊急  連絡先 | 氏名  ＴＥＬ | | | | | | | |
| 援助の目標 |  | | | | | | | |
| ｻｰﾋﾞｽの具体的内容 |  | | | | | | | |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 所用時間等 |
| 6:00  8:00  10:00  12:00  14:00  16:00  18:00  20:00  22:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備考  （＊記載例　月に５回　○曜日に提供等） | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者  確認欄 | 年　　月　　日 |
| （利用者名）　　　　　　　　　　　　　印 |