実 施 状 況 報 告 書

Ｈ２９年　　月分

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス提供事業所 |  | 責任者 |  |
| 居宅介護支援事業所 |  |
| 担　当　者 |  |

|  |
| --- |
| ご利用者　　　　　　　　　　　　　　　　様 |
| 要支援度 | 事業対象者　　・　　要支援１　　・　　要支援２ |
| 利用頻度 | 週１回程度　　・　　週２回程度 |
| 選択サービス | １　生活向上グループ活動加算　　２　運動器機能向上加算３　栄養改善加算　　　　　　　　４　口腔機能向上加算 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用日 | 援助内容 | 利用日の心身の状況 | 気付いたことがあれば記入※改善点・悪化している事・本人の困り事など |
| 　　日（　　） |  |  |  |
| 　　日（　　） |  |  |  |
| 　　日（　　） |  |  |  |
| 　　日（　　） |  |  |  |
| 　　日（　　） |  |  |  |
| 　　日（　　） |  |  |  |
| 　　日（　　） |  |  |  |
| 　　日（　　） |  |  |  |
| 　　日（　　） |  |  |  |

既に使用している様式等あれば、

そちらを御利用ください。

実 施 状 況 報 告 書

Ｈ２９年　５　月分

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス提供事業所 |  | 責任者 |  |
| 居宅介護支援事業所 |  |
| 担　当　者 |  |

|  |
| --- |
| ご利用者　　　　　　　　　　　　　　　　様 |
| 要支援度 | 事業対象者　　・　　要支援１　　・　　要支援２ |
| 利用頻度 | 週１回程度　　・　　週２回程度 |
| 選択サービス | １　生活向上グループ活動加算　　２　運動器機能向上加算３　栄養改善加算　　　　　　　　４　口腔機能向上加算 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用日 | 援助内容 | 利用日の身心の状況 | 気付いたことがあれば記入※改善点・悪化している事・本人の困り事など |
| ２　日（　火　） | 送迎　　レク食事 | バイタル良好 |  |
| 9　日（　火　） | 送迎　　レク食事 | バイタル良好 |  |
| 　　日（　　） |  |  |  |
| 　　日（　　） |  |  |  |
| 　　日（　　） |  |  |  |
| 　　日（　　） |  |  | ※この報告書は、サービス提供月の翌月10日までに、担当者へ直接ご提出くださいますようお願いいたします。 |
| 　　日（　　） |  |  |  |
| 　　日（　　） |  |  |  |
| 　　日（　　） |  |  |  |