（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 |
| 6:008:0010:0012:0014:0016:0018:0020:0022:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |