

介護計画書

八丈町長 殿

年 月 日

下記のとおり、親族の介護計画について提出します。

なお介護の状況に変更があった場合は、介護計画書を再提出します。

介護の必要な状況が終了した場合は、八丈町長の判断により保育園を退園することに同意します。

住所： 東京都八丈島八丈町

氏名： (印)

電話：

| | | | | | |
|---------------------|--|--|---|-----|-------|
| 介護が必要な方 | ふりがな | | | 続柄 | |
| | 氏名 | | | | |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 住所 | 八丈町 | | 電話 | |
| 介護を 必要とする理由 | 疾病または障害名 | () | | | |
| | 身体障害者手帳 | 級 | | | |
| | 愛の手帳 | 度 | | | |
| | 精神保健手帳 | 級 | | | |
| | 介護保険証 | 要介護() 要支援() | | | |
| | その他 | | | | |
| 介護の状況 ※該当項目にチェック | 食事 | <input type="checkbox"/> ひとりで可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | |
| | 入浴 | <input type="checkbox"/> ひとりで可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | |
| | 排泄 | <input type="checkbox"/> ひとりで可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | |
| | 歩行 | <input type="checkbox"/> ひとりで可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | |
| | 屋内および屋外での移動 | <input type="checkbox"/> ひとりで可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | |
| | その他の介護状況 | | | | |
| 介護日数 | <input type="checkbox"/> 自宅介護(寝たきり、重度) | 週 | 日 | (1日 | 時間) |
| | <input type="checkbox"/> 自宅介護 | 週 | 日 | (1日 | 時間) |
| | <input type="checkbox"/> 通院、通所 | 週 | 日 | (1日 | 時間) |
| | (施設・病院名：) | | | | |
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 愛の手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> その他() | | | | |

| | | | |
|------|-----|-------|-----------|
| 保育園名 | 保育園 | 入園児童名 | (年 月 日生) |
| 保育園名 | 保育園 | 入園児童名 | (年 月 日生) |