

疾病等 ひとり親 その他

週間援助計画表

作成年月日: 年

記入不要

フリガナ 利用者氏名	スミダ ハナコ 墨田 花子		住所	墨田区 京島一丁目△△番1 〇〇マンション103号室		
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
7:00						
8:00						
9:00						
10:00	↑ ①②③	↑ ①②③			↑ ①②	
11:00						
12:00			↑ ①②③			
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00	↓	↓	↓			
18:00						
19:00						

希望のサービス内容の記載

欄下の①～④から選んで記載してください。

希望の曜日・時間帯の記載

・予定のあるところを除いた、ヘルパーが訪問をしても大丈夫な曜日・時間帯を矢印で記載してください。

《お願い》
ヘルパーと日程調整の関係上、なるべく多く可能な曜日・時間帯の記載をしてください。

記載いただきたい事項

・食物アレルギーの有無
・ペットの有無(ペットの種類も)
・駐輪場があるか
・その他伝えておきたいこと
など

その他注意事項等

※アレルギー: (無) 有()

※ペット: 無・(有) ネコ1匹

※駐輪場:

サービス内容: ①食事の準備や片付け
④その他必要な家事

②居室の掃除・整理整頓

③衣類の洗濯