**令和〇年度東広島市介護予防・生活支援サービス事業**

**（訪問型サービスC）　実績報告書（◯月分）**

　　　事業所名：

**支援内容　（該当する項目に○を付けてください）**

**【　　ＩＡＤＬ・ＡＤＬ動作の改善　　閉じこもり予防　　口腔機能向上　　栄養改善　　その他　　】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 利用者名 | | | | 利用日・時間・支援者名 | | | | | | 利用回数 |
| 生年月日 | | | |
| 1 |  | | | | 日付 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |  |
| 時間 | ：　～　： | ：　～　： | ：　～　： | ：　～　： | ：　～　： |
| 担当者 |  |  |  |  |  |
| ＴS | | | 年　　月　　日 | 利用者  確認欄 |  |  |  |  |  |
| 2 |  | | | | 日付 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |  |
| 時間 | ：　～　： | ：　～　： | ：　～　： | ：　～　： | ：　～　： |
| 担当者 |  |  |  |  |  |
| ＴS | | 年　　月　　日 | | 利用者  確認欄 |  |  |  |  |  |
| 3 |  | | | | 日付 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |  |
| 時間 | ：　～　： | ：　～　： | ：　～　： | ：　～　： | ：　～　： |
| 担当者 |  |  |  |  |  |
| ＴS | | | 年　　月　　日 | 利用者  確認欄 |  |  |  |  |  |
| 4 |  | | | | 日付 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |  |
| 時間 | ：　～　： | ：　～　： | ：　～　： | ：　～　： | ：　～　： |
| 担当者 |  |  |  |  |  |
| ＴS | 年　　月　　日 | | | 利用者  確認欄 |  |  |  |  |  |
| 5 |  | | | | 日付 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |  |
| 時間 | ：　～　： | ：　～　： | ：　～　： | ：　～　： | ：　～　： |
| 担当者 |  |  |  |  |  |
| ＴS | 年　　月　　日 | | | 利用者  確認欄 |  |  |  |  |  |
| 計 |  | | | |  | | | | | |  |