

日中サービス支援型共同生活援助利用者GH内での過ごし方 ウィークリープラン(住居名:〇〇〇)

【(障害種別): 知的障害 (支援区分): 区分5 (年齢): 45歳】

【(計画相談作成者): 別法人・同法人・セルフプラン】

【(日中活動サービス利用): 有(生活介護)・無】

	0:00		2:00		4:00		6:00		8:00		10:00		12:00		14:00		16:00		18:00		20:00		22:00		24:00
月	(例)						起床	朝食	リビングにて TV鑑賞			調理 手伝 い	昼食		リハ ビリ 体操		リビングにて 音楽鑑賞	夕食	入浴				就寝		
火																									
水																									
木																									
金																									
土																									
日																									

- ※ 利用者全員分を作成してください。
- ※ 利用者の氏名の記入は不要です。