

介護実施報告書（ 年 月分）

介護サービス事業者名（又は介護者氏名） _____

被爆者氏名 _____

実施日	開始・終了時間	中抜き 時間	サービス 実施時間	サービス内容 (下記の表から番号で選択してください。表に記載のない サービスについては、具体的に直接記入してください。)	担当者	被爆者 確認印
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			

サービス内容

身体介護	1 食事介助 2 排泄介助 3 清拭・入浴介助 4 身体整容 5 体位変換 6 移動・移乗介助 7 外出介助 8 通院介助（※院内介助・待ち時間は含めないでください。） 9 起床及び就寝介助 10 服薬介助 11 自立生活支援のための見守りの援助
家事援助	12 掃除 13 洗濯 14 ベッドメイク 15 衣類の整理・被服の補修 16 一般的な調理・配下膳 17 買い物 18 薬の受け取り

※サービス実施時間、サービス内容、サービスごとの被爆者印が確認できる様式であれば、自社様式を提出されても構いません。

介護実施報告書（ 年 月分）

介護サービス事業者名（又は介護者氏名） _____

被爆者氏名 _____

実施日	開始・終了時間	中抜き 時間	サービス 実施時間	サービス内容 (下記の表から番号で選択してください。表に記載のない サービスについては、具体的に直接記入してください。)	担当者	被爆者 確認印
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			
日()	～	H	H			

サービス内容

身体介護	1 食事介助 2 排泄介助 3 清拭・入浴介助 4 身体整容 5 体位変換 6 移動・移乗介助 7 外出介助 8 通院介助（※院内介助・待ち時間は含めないでください。） 9 起床及び就寝介助 10 服薬介助 11 自立生活支援のための見守りの援助
家事援助	12 掃除 13 洗濯 14 ベッドメイク 15 衣類の整理・被服の補修 16 一般的な調理・配下膳 17 買い物 18 薬の受け取り

※サービス実施時間、サービス内容、サービスごとの被爆者印が確認できる様式であれば、自社様式を提出されても構いません。