

(参考様式)

| 代替サービス実施記録                            |  |   |                   |  |
|---------------------------------------|--|---|-------------------|--|
| 利用予定日                                 | 令和2年 月 日 ( 曜日)   |   |                   |  |
| 連絡                                    | 連絡日時   | 令和2年 月 日 ( 曜日)  |                   |  |
|                                       | 利用児童   | 連絡者<br>(利用児童との関係)   |                   |  |
|                                       | 事業所対応者   |   |                   |  |
| 算定における<br>留意事項                        | ※1 支援が不要との意向がある場合は、算定は不可とする。<br>※2 算定にあたっては、利用者の保護者に対し、丁寧な説明を行うこと。 |   |                   |  |
| 基本報酬の算定を行う場合は、以下の項目を確認し、具体的に記載すること。   |  |   |                   |  |
| 電話等にて<br>行う確認事項<br>及び支援               | 確認<br>事項   | 児童の健康状態   |                   |  |
|                                       |  | 家族の健康状態   |                   |  |
|                                       |  | 児童の健康管理   |                   |  |
|                                       | 提供<br>した<br>支援   | 支援の方法   | 訪問 ・ 電話 ・ その他 ( ) |  |
|                                       |  | 本人への支援<br>(家庭で行える代替措置として行った<br>本人支援や課題の提供、また、支援<br>の実施状況の確認内容について具体<br>的に記載すること。) |                   |  |
|                                       |  | 保護者への支援<br>(児童へ提供した課題等へ対応方法<br>について伝達した内容について具体<br>的に記載すること。)                     |                   |  |
| サービス提供時間                              |  | 時間 分  |                   |  |
| (提供した支援の評価)                           | 評価の実施時期  | 令和2年 月 日 ( 曜日)  |                   |  |
| ※上記に関する評価の実施については、支援の提供の1週間以内に実施すること。 |  |   |                   |  |
|                                       |  |   |                   |  |