平成　　年　　月分

お客様訪問実績確認表

＊該当する期間にチェックして下さい。
□ 1日～10日までの訪問実績
□ 11日～20日までの訪問実績
□ 21日～月末までの訪問実績

お客様氏名　　様

NO	日付	曜日	担当者氏名	サービス提供時間帯 開始時間	終了時間	時間数	特記事項欄	お客様確認印
1				： ～	：	時間　分	介障自	印
2				： ～	：	時間　分	介障自	印
3				： ～	：	時間　分	介障自	印
4				： ～	：	時間　分	介障自	印
5				： ～	：	時間　分	介障自	印
6				： ～	：	時間　分	介障自	印
7				： ～	：	時間　分	介障自	印
8				： ～	：	時間　分	介障自	印
9				： ～	：	時間　分	介障自	印
10				： ～	：	時間　分	介障自	印
11				： ～	：	時間　分	介障自	印
12				： ～	：	時間　分	介障自	印
13				： ～	：	時間　分	介障自	印
14				： ～	：	時間　分	介障自	印
15				： ～	：	時間　分	介障自	印
16				： ～	：	時間　分	介障自	印
17				： ～	：	時間　分	介障自	印
18				： ～	：	時間　分	介障自	印
19				： ～	：	時間　分	介障自	印
20				： ～	：	時間　分	介障自	印
21				： ～	：	時間　分	介障自	印
22				： ～	：	時間　分	介障自	印
23				： ～	：	時間　分	介障自	印
24				： ～	：	時間　分	介障自	印
25				： ～	：	時間　分	介障自	印

＊【時間数】：サービス提供時間を正確に記入して下さい（例：90分の場合は1時間30分と記入して下さい）。
＊【特記事項欄】：延長時は「延長」、交代時は「交代」、通院時は「通院」と記入して下さい。
＊【お客様確認印】：記入後は必ずお客様確認印を頂いてください（日報の記入も忘れずに行って下さい）。

事務所記入欄	管理者印	提責印	提責印	事務印	事務印	枚中　枚目

有限会社　ウイング・ケアサービス　TEL：０３－６４５４－９６１８