年　　月　　日

訪問介護による院内介助に係る理由書

事業所名称

事業所電話番号

介護支援専門員

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 |  年　　月　　日(　　歳) |
| 被保険者氏名 |  | 要介護度 | 支 1 2 介 1 2 3 4 5  |
| 被保険者住所 |  |
| 認定有効期間 | 　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 認知症の有無 | 有・無 | 認知症自立度 | Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ｍ |
| 院内介助を実施する医療機関名等 | 医療機関名　　　　　　　　　　　診療科　　　　　　　　　　傷病名 |
| 医療機関への介助依頼 | 未・済 | 依頼経緯結果 | （医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　） |
| 有償・自費サービス等の検討 | 未・済 | 検討結果 |  |
| 同居・別居親族の同行調整 | 未・済 | 親族の状況 | （依頼した人数・続柄・居住地等） |
| 院内介助が必要な理由（本人及び家族の心身の状況を踏まえ具体的に記載）※足りない場合は別紙(任意書式)を追加してください。 |  |
| 支援内容・所要時間（箇条書きで具体的に） |  |
| サービス担当者会議の検討結果 |  |

※「支援内容を位置付けてあるケアプラン・基本情報・サービス担当者会議の要点」と共にご提出ください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ｒ４.２狭山市）