年　　月　　日

通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの併用利用に係る理由書

事業所名称

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 | | | | | | | | | | |
| 併用利用の位置付けおよび利用期間に関する本人・家族への説明 | | | | | | | | | | | | | 未 ・ 済 |
| 併用利用が必要な理由 | | |  | | | | | | | | | | |
| 支援内容  ※足りない場合は別紙(任意書式)を追加してください。 | | |  | | | | | | | | | | |
| 通所リハ及び訪問リハの専門職の見立て・意見  ※担当者会議資料添付可 | | |  | | | | | | | | | | |
| 今後の支援の方向性 | | |  | | | | | | | | | | |
| 併用利用の予定期間 | | | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

※支援内容を位置付けてあるケアプラン・基本情報と共にご提出ください。また、通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーション計画書がある場合、併せてご提出ください。