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）