

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)