

生活援助中心訪問介護が基準回数以上となる理由書

居宅介護支援事業所名

介護支援専門員

被保険者番号					申請年月日	年	月	日
フリガナ					生年月日	年	月	日
氏名								
住所	〒							
要介護度	要介護1		要介護2		要介護3	要介護4		要介護5
基準回数(参考)	27回		34回		43回	38回		31回
計画上の回数								
調理	回		回		回	回		回
掃除	回		回		回	回		回
洗濯	回		回		回	回		回
買物	回		回		回	回		回
本人の状況	☐ 1. 近隣に家族のいない単身世帯							
	☐ 2. 左記以外							
		心身・ADLの状況						
家族の状況	氏名	続柄	年齢	同居 別居	健康状態等			
家事を行うことが困難となる理由	☐ 1. 障がい、疾病のため家事を行なうことが困難							
☐ 2. 家族関係に深刻な問題があり、援助が困難								
☐ 3. その他								
今後の方向性								

〈添付書類〉居宅サービス計画書「第1票」から「第7票」までの写し

※枠内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

※この理由書は、要介護認定ごとに提出してください。