

院内介助が必要となる理由書

居宅介護支援事業所名

介護支援専門員

被保険者番号	届出年月日	年 月 日
ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	明・大昭 年 月 日
住所	〒 電話番号		
認定区分	要介護状態区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
世帯状況	<input type="checkbox"/> 近隣に家族のない単身世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族等有 <input type="checkbox"/> 同じ敷地内 (<input type="checkbox"/> 同棟 <input type="checkbox"/> 別棟) <input type="checkbox"/> その他 (距離：約 m) ・同居家族等について		
	氏名	続柄	健康状態等
院内介助を行うことが困難となる理由	①院内介助が必要な理由		
	②院内介助の対応ができない理由 (家族・病院の状況)		
今後の方向性			

※欄内に記載が困難な場合は、裏面または別紙に記載してください。

〈添付書類〉

○居宅サービス計画書

○サービス担当者会議の要点