

(別紙)

短期入所サービス利用理由書

作成年月日 年 月 日

| | |
|--------|-------|
| 被保険者番号 | 利用者氏名 |
| | |

○概況

| | | |
|--|----------|-----------------------|
| 現時点での家族構成・生活状況・支援状況（主介護者には左欄に○を付して下さい） | | |
| 主 | 続柄(支援者等) | 生活状況・支援内容(心身の状態・介護力等) |
| | | |
| | | |
| | | |
| 現時点の利用者・家族等のサービスへの意向 | | |
| 利用者: | | |
| | | |
| 家族等: | | |
| | | |

○サービスの利用状況

| | |
|---|-----------|
| ①現在、ショートステイ長期利用と併用しているサービス等 | |
| サービス等の名称 | 検討内容と検討結果 |
| | |
| | |
| ②現在までにショートステイ長期利用以外に検討したサービス等 | |
| サービス等の名称 | 検討内容と検討結果 |
| | |
| | |
| ③入所申込み済みの施設(特別養護老人ホーム・有料老人ホーム・認知症対応型共同生活介護など) | |
| サービス等の名称 | 検討内容と検討結果 |
| | |
| | |
| ④今後検討が必要なサービス等(特養の入所申込・待機状況、その他サービスの検討状況など) | |
| サービス等の名称 | 検討内容と検討結果 |
| | |
| | |

○介護支援専門員の意見

| |
|----------------------------------|
| 認定有効期間のおおむね半数を超える長期利用が特に必要と考える理由 |
| |
| |
| 今後の支援の方向性 |
| |
| |

※ショートステイ長期利用終了時期の見込み: 年 月 日 まで