同居家族がいる場合における生活援助に関する確認依頼書

玉村町長　あて

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護(介護予防)  支援事業所名 |  |
| 申請者氏名  (担当ケアマネジャー) | 連絡先 |

下記の被保険者について、サービス担当者会議等を通じたケアマネジメントにより、生活援助の算定が必要であると判断しました。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 被保険者  番　　号 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | 男  ・  女 | | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日  歳 | | | | | | | | | |
| 被保険者住所 | 〒  佐波郡玉村町大字  連絡先 | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度区分 | 要支援（　　　）・要介護（　　　） | | 障害等：無・有（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 家屋の形態 | □　一戸建て　□　集合住宅  □　その他（　　　　　　　） | | 近隣の 協力等 | 無・有（　　　　　） | | | | | | | | | |
| 同居の  家族構成 |  | | 主たる 介護者 |  | | | | | | | | | |
| 身体状況 |  | | | | | | | | | | | | |
| 認知症症状 | 無　・　疑い　・　有（診断名：　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 服薬状況 |  | | | | | | | | | | | | |
| 移　動 | 自立・見守り・一部介助・全介助 | 掃　除 | | できる・一部できる・できない | | | | | | | | | |
| 食　事 | 自立・見守り・一部介助・全介助 | 洗　濯 | | できる・一部できる・できない | | | | | | | | | |
| 清　潔 | 自立・見守り・一部介助・全介助 | 買　物 | | できる・一部できる・できない | | | | | | | | | |
| 排　泄 | 自立・見守り・一部介助・全介助 | 調　理 | | できる・一部できる・できない | | | | | | | | | |
| 更　衣 | 自立・見守り・一部介助・全介助 |  | | | | | | | | | | | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人が希望するサービス | □　掃除　　□　洗濯　　□　ベッドメイク　　□　衣類の整理  □　一般的調理・配下膳　　□　買物・薬受け取り  □　その他 |
| 同居家族の状況  □　障害  □　疾病  □　要介護者  □　日中独居  □　その他 | 介護できないと判断した理由 |
| 本人と同居家族の関係 |  |
| 同居家族ができる介護の内容 |  |
| サービス提供の必要ありと  したケアマネジャーの判断  (内容・回数・時間・必要性)  □　掃除  □　洗濯  □　ベッドメイク  □　衣類の整理  □　一般的調理・配下膳  □　買物・薬受け取り  □　その他 |  |

サービス担当者会議での確認・同意（開催日時　　　　　年　　　月　　　日　　　：　　～　）

|  |
| --- |
| 居宅サービス計画書第1～3表（又は介護予防サービス支援計画表）、サービス担当者会議の要点の写しを添付してください |

サービス内容の決定（内容・回数・時間について記載）

|  |  |
| --- | --- |
| □　掃除  □　洗濯  □　ベッドメイク  □　衣類の整理  □　一般的調理・配下膳  □　買い物・薬受け取り  □　その他 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険者記入欄 | 上記の内容について確認しました。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　□適　　　　　□不適 | 受付印 |