

〈同居家族がいる場合の生活援助算定確認シート〉

事業所名： \_\_\_\_\_

担当介護支援専門員氏名： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

作成日： \_\_\_\_\_

被保険者氏名		要支援・要介護状態区分	
被保険者番号		年齢	性別
本人の状況・できる事 (詳しくはケアプランに記載)			
希望するサービス内容 (本人の希望を記入 内容・回数・時間) <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理・補修 <input type="checkbox"/> 一般的調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬受け取り <input type="checkbox"/> その他			
家屋の形態  (特記事項)	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 二世帯住宅 <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> その他( )		
同居家族の続柄	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 ( <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 ) <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他( )		
同居家族の状況 (障害・疾病・その他やむを得ない理由ありと判断した理由を詳細に書く) <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 要介護者 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他			

\* ケアプラン・アセスメント・支援経過記録を添付してください。

本人と同居家族との関係性	
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・時間について検討する) <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理・補修 <input type="checkbox"/> 一般的調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬受け取り <input type="checkbox"/> 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)

出席者	生活援助算定についての確認・同意

↓サービス内容の決定(内容・回数・時間について記載)

<input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理・補修 <input type="checkbox"/> 一般的調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬受け取り <input type="checkbox"/> その他	
--	--