

〈利用者の家族が障害や疾病でなくとも同様のやむを得ない事情による場合の生活援助中心算定確認シート〉

事業所名：

担当介護支援専門員氏名：

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 できていること				
希望する サービス内容 <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 <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 ()				
本人と同居家族 の関係性				
同居家族ができる 介護内容				
サービス提供の 必要ありとした ケアマネの判断 <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 ()				

この用紙はアセスメントの内容や状況を記録するものであり、支援を決定づけるものではありません