

短期入所サービス長期利用相談票

結城市長 様

次の被保険者に対する短期入所サービス利用について、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントを実施したところ、認定有効期間のおおむね半数を超える利用が必要であると判断したため相談します。

| | | | | |
|-----|-----|--|-------|--|
| 事業所 | 名称 | | 電話番号 | |
| | 所在地 | | 計画作成者 | |

| | | | | | | |
|------|--------|---------|------|--|-------|-----|
| 被保険者 | 氏名 | | 生年月日 | | 性別 | 男・女 |
| | 被保険者番号 | | 要介護度 | | 年齢 | 歳 |
| | 認定有効期間 | 年 月 日 ~ | | | 年 月 日 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|
| 利用状況 | 実績 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 小計 | 合計 |
| | | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | |
| | 予定 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 小計 | 日 |
| | | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--------------|-----|--|
| ■短期入所サービスの位置づけ、利用日数に関する本人・家族への説明 | | | | | | | | | | | | | 済・未 | |
| ■介護老人福祉施設、介護老人保健施設、グループホーム、有料施設などの説明 | | | | | | | | | | | | | 済・未 | |
| ■在宅生活維持・復帰の可能性 | | | | | | | | | | | | | 有・無 | |
| ■上記施設等への入所申し込みの有無 | | | | | | | | | | 有・無 | | 申し込みをしている施設名 | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 長期利用理由 | <p style="text-align: center;">※本人、介護者の状況や利用の必要性等を詳しく記入ください。枠内に記入困難な場合は別紙にて報告願います。</p> | | | | | | | | | | | | | |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 方向性 | <p style="text-align: center;">※今後の計画、支援の方向性について記入ください。枠内に記入困難な場合は別紙にて報告願います。</p> | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|--|
| 添付書類 | □居宅サービス計画書の写しまたは介護予防サービス・支援計画書の写し | | | | | | | | | | | | | |
| | □サービス利用票・別表の写し | | | | | | | □サービス担当者会議の要点の写し | | | | | | |

■結城市記入欄

| | | | |
|----|-------|-----|----|
| 番号 | 相談状況 | 初・継 | 意見 |
| | 利用の要否 | 要・否 | |

(受付印)

| | | | | | |
|----|----|----|----|----|---|
| 介護 | 課長 | 室長 | 補佐 | 係長 | 係 |
| | | | | | |