

同居家族がいる場合の生活援助算定確認シート

年 月 日

事業所名 _____

担当介護支援専門員氏名 _____

被保険者氏名		住所	那珂市		
被保険者番号		性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
要介護度	要介護 要支援	期間	年 月 日～ 年 月 日		
本人の状況・できること					
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"/> 一般的な調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 日用品等の買い物・葉の受け取り <input type="checkbox"/> その他	[内容・回数・時間]				
家屋の形態	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 二世帯住宅 <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> その他 () (特記事項)				
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"/> 要介護認定者 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他	[障害・疾病・その他やむを得ない理由]				
本人と家族との関係性					
同居家族ができる介護の内容					
添付書類	<input type="checkbox"/> 基本情報 [要介護] <input type="checkbox"/> アセスメント表 <input type="checkbox"/> ケアプラン (第1～5表) [要支援] <input type="checkbox"/> 介護予防サービス支援計画 <input type="checkbox"/> 介護予防支援経過				
市記入欄	評価 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	【評価の理由】			