院内で提供される身体介助理由書

年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 事業者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  | 事業者名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　日 | 計画作成担当者名 |  |
| 住所 |  | 事業所の所在地 |  |
| 要介護状態区分 |  | 電話番号 |  |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日　　～　　年　　月　　日 | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 院内介助を実施する医療機関名等 | 医療機関名　　　　　　　　　　　診療科　　　　　　　　　　傷病名 | | |
| 医療機関への  介助依頼 | 未・済 | 依頼経緯  結果 | （医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　） |
| 有償・自費サービス等の検討 | 未・済 | 検討結果 |  |
| 同居・別居親族  の同行調整 | 未・済 | 親族の状況 | （依頼した人数・続柄・居住地等） |
| 院内介助が必要な理由（本人及び家族の心身の状況を踏まえ具体的に記載） |  | | |
| 支援内容・所要時間  （箇条書きで具体的に） |  | | |

【市記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 事前協議 | 特記事項 |
|  |  |