居宅介護サービス導入時の確認シート

　　年　　月　　　日

居宅介護支援事業所名

介護支援専門員名

連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | 生年月日 |  |
| 被保険者番号 |  | 要介護度区分 |  |
| 認定の有効期間 |  | 利用開始日 |  |
| サービス内容※ | □訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの併用  □訪問リハビリテーションと通所介護の併用  □通所介護について２事業所以上利用  □通所リハビリテーションについて２事業所以上利用  □通所介護と通所リハビリテーションの併用 | | |
| 身体状況（病名含む） | | 精神状況（病名含む） | |
| 医師の意見（病院名：　　　　医師名：　　　） | | | |
| 家族状況 | | | |
| サービス内容※の導入が必要な理由 | | | |
| 今後の予定 | | | |

添付書類：アセスメントシート・ケアプラン（写）

提出時期：新規利用（提出が必要な居宅サービス（上記サービス内容※）の算定が必要と

なった時）記載内容変更時（居宅介護支援事業所変更時等）