

認定期間の半数を超えるショート利用についての理由書

提出日 年 月 日

被保険者番号										生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女															
										要介護度	要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5																				
氏名									認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで																					
◆認定有効期間中の短期入所サービスの利用実績及び今後の利用予定 ※自費は除く																															
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月															
利用日数																															
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月															
利用日数																															
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	累積利用日数																
利用日数															日																
ケアプラン上での注意点 (該当箇所に○)	短期入所サービスの位置づけおよび利用日数に関する本人・家族への説明															未・済															
	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															未・済															
	在宅生活維持・復帰の可能性															無・有															
短期入所の利用が特に必要である理由(該当箇所に○)	1 被保険者が問題行動を伴う認知症であり、同居の家族等による介護が困難であるため (直近の認定調査における認知症高齢者の日常生活自立度が原則Ⅲa以上)																														
	2 同居の家族等が次に掲げる事由により十分な介護ができないため ③高齢または18歳以下 ⑥障害者 ⑦疾病、怪我、入院、妊娠・出産【期間明記】 ⑧複数の介護または看護を要するものがある ⑨暴力・ネグレクト																														
	3 単身世帯により在宅において十分な介護が受けられないため																														
	4 その他 ()																														
	他の介護サービス等に対応できない理由、本人、介護者の状況や利用の必要性等詳しく記入してください ()																														
施設等申し込み状況	あり  入所申込中の施設一覧																														
	<table><tr><th>施設名</th><th>申込年月日</th><th>定期確認年月日(※)</th><th>待ち人数/入所目安</th></tr><tr><td></td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td></td></tr><tr><td></td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td></td></tr><tr><td></td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td></td></tr></table> (※)半年に一度は確認																施設名	申込年月日	定期確認年月日(※)	待ち人数/入所目安		年 月 日	年 月 日			年 月 日	年 月 日			年 月 日	年 月 日
施設名	申込年月日	定期確認年月日(※)	待ち人数/入所目安																												
	年 月 日	年 月 日																													
	年 月 日	年 月 日																													
	年 月 日	年 月 日																													
	なし  理由: ()																														
今後の支援の方向性																															
奈良市長 あて 事業所名																															
介護支援専門員氏名 連絡先																															