

同居家族等がいる場合の生活援助に関する確認書（沖縄市）

提出日 令和 年 月 日

事業所名

担当介護支援専門員

電話番号

沖縄市印

被保険者氏名		被保険者番号					
生年月日	M/T/S	年	月	日	年齢	歳	性別
介護度							
家族構成（ジェノグラム）		家族等の就業状況及び本人との関係性					
本人の状況・できること （詳しくはケアプランに記載）							
家屋形態		<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 二世帯住宅 <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
同居家族等の続柄		<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（ ）					
同居家族等の状況（障害・疾病・その他特別な理由について、具体的に記入）		<input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
同居家族等が行っている家事援助の状況							
具体的にどのように支障が生じているのか等記載							
ケアマネージャーによるサービスの必要性の判断		<input type="checkbox"/> 掃除（ ） <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 一般的な調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 薬受け取り <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理・補修 <input type="checkbox"/> その他（ ） 【理由】					
サービスの回数（ 回/週）							
サービス時間数（ 分）							
添付書類		要介護： <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1～7表 <input type="checkbox"/> アセスメントシート 要支援： <input type="checkbox"/> 介護予防サービス支援計画書 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議録 <input type="checkbox"/> サービス利用状況のわかる書類 <input type="checkbox"/> 支援経過録 <input type="checkbox"/> その他					

《確認結果》 ※沖縄市記入

上記内容について確認しました。 <input type="checkbox"/> 算定可 <input type="checkbox"/> 算定不可					期間：令和 年 月 日～					
					課長	補佐	係長	係		