

< 生活援助算定（同居及び同居に準ずる家族あり）確認シート >

利用者の希望する生活援助の内容を記入してください。

事業所名
作成者

被保険者名					要介護状態区分		
被保険者番号	0	0	0	0	年齢		性別 男・女
希望するサービス	内容	(例)週1		回数	時間	(例)1時間	
同居家族の続柄	夫・妻・子(男・女)・子の配偶者・その他()				家屋の形態		
同居家族等の状況	その他理由及び具体的な状況 そのやむを得ない理由等				同居家族の状況、その他やむを得ない状況を具体的に把握して記載する。 二世帯住宅・隣接等		

生活介護が必要とされる理由

サービス項目	本人に必要な内容と理由	同居家族ができない理由	回数・時間
本人に関わる洗濯	該当する項目ごとに利用者が必要な生活援助の具体的な内容と、必要とする理由を記入してください。	同居の家族ができない家事の内容と、その理由を具体的に記入してください。	該当する項目ごとに、利用者に必要な生活援助の回数、時間を記入してください。 (例 週1回30分)
本人に関わる調理			
本人に関わる買物			
本人に関わる掃除			
本人に関わるその他			

提供されるサービス内容

サービスコード名称	サービス項目	回数
(例)生活援助2 身体1生活1等	(例)掃除(場所)、洗濯等	(例)週1等

確認シートは、必ず算定理由をアセスメント表、ケアプラン等の関係書類に記載してください。

備考欄

--